

**Aus der Klinik für  
Psychiatrie und Psychotherapie**  
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. T. Kircher

**des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg**

in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikums Giessen und Marburg GmbH,  
Standort Marburg und  
dem Bezirksklinikum Mainkofen  
Abteilung für Psychotherapie  
Direktor: Prof. Dr. med. Wolfgang Schreiber

## Entwicklung eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit in der stationären Psychotherapie

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin  
dem Fachbereich Medizin  
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von  
**Caroline B. Dietzel (geb. Löwer)**  
aus Homberg/Efze

**Marburg 2009**

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg  
am: 05.11.2009

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereiches.

Dekan: Prof. Dr. Matthias Rothmund

Referent: Prof. Dr. Wolfgang Schreiber

1. Korreferent: Prof. Dr. Wolfram Schüffel

2. Korreferent: PD. Dr. Frank Theisen

In Liebe und Dankbarkeit  
meinen beiden Familien,  
meinen Freunden  
sowie Oliver & Charlotte gewidmet



# Inhalt

<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>7</b>
<b>1        <i>Einleitung</i>.....</b>	<b>9</b>
<b>2        <i>Problemstellung</i>.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1        <i>Klinische Qualitätssicherung</i>.....</b>	<b>12</b>
2.1.1    Qualität.....	13
2.1.2    Qualitätsmanagement & Total Quality Management.....	15
2.1.3    Qualitätsbegutachtung.....	17
2.1.4    Rechtlicher Hintergrund.....	18
<b>2.2        <i>Patientenzufriedenheit als entscheidendes Qualitätskriterium</i> .....</b>	<b>20</b>
2.2.1    Konzept der Patientenzufriedenheit .....	21
2.2.2    Ökonomie im Wettbewerb .....	24
2.2.3    Wandel der Patientenrolle .....	26
2.2.4    Einfluss auf den Behandlungsprozess .....	28
<b>2.3        <i>Messung von Patientenzufriedenheit</i>.....</b>	<b>32</b>
2.3.1    Chronologischer Überblick im internationalen Vergleich.....	32
2.3.2    Strategien zur Instrumentenentwicklung.....	39
2.3.3    Befragungsoptionen - Rating vs. Reporting .....	40
2.3.4    Eigene Vorgehensweise in der Fragebogenerstellung im Überblick.....	41
2.3.5    Angewandte statistische Methoden.....	42
<b>3        <i>Studie I</i>.....</b>	<b>47</b>
<b>3.1        <i>Fragestellung</i>.....</b>	<b>47</b>
<b>3.2        <i>Design und Procedere</i> .....</b>	<b>47</b>
<b>3.3        <i>Erhebungsinstrumente</i> .....</b>	<b>48</b>
<b>3.4        <i>Ergebnisse</i> .....</b>	<b>50</b>
3.4.1    Stichprobenbeschreibung und Rücklaufquote.....	50
3.4.2    Deskriptive Itemanalyse.....	51
3.4.3    Häufigkeitsanalyse der einzelnen Fragen.....	53
3.4.4    Faktorenanalytische Ergebnisse für 10 Items.....	63
3.4.5    Faktorenanalytische Ergebnisse für 8 Items.....	66
3.4.6    Reliabilitätsanalyse für die 10 Items .....	69
3.4.7    Reliabilitätsanalyse für die 8 Items .....	71
3.4.8    Inter-Item-Korrelationen für die Items 1-10.....	72
3.4.9    Auswertung der offenen Fragen.....	73
<b>3.5        <i>Diskussion &amp; praktische Konsequenzen</i>.....</b>	<b>85</b>
3.5.1    Rücklaufquote .....	85
3.5.2    Deskriptive Statistik .....	90
3.5.3    Genereller Zufriedenheitswert.....	91
3.5.4    Baseline der Zufriedenheit .....	92
3.5.5    Fehler durch Einflüsse der Untersucher und der Untersuchten .....	93
3.5.6    Itemanalyse des Fragebogens .....	94
3.5.7    Diskussion der Kategorisierung der offenen Fragen .....	97
3.5.8    Vor- und Nachteile der schriftlichen Befragung und deren Methoden .....	99
3.5.9    Zusammenfassung und Ausblick.....	101
<b>4        <i>Studie II</i>.....</b>	<b>104</b>
<b>4.1        <i>Fragestellung</i>.....</b>	<b>104</b>
<b>4.2        <i>Design und Procedere</i> .....</b>	<b>104</b>
<b>4.3        <i>Erhebungsinstrumente</i> .....</b>	<b>105</b>
<b>4.4        <i>Ergebnisse</i> .....</b>	<b>107</b>

4.4.1	Stichprobebeschreibung .....	107
4.4.2	Datenauswertungen Studie II .....	107
4.4.3	Auswertung der Aussagen.....	110
<b>4.5</b>	<b>Diskussion &amp; praktische Konsequenzen.....</b>	<b>118</b>
4.5.1	Diskussion der Ergebnisse des Patienteninterviews .....	118
<b>5</b>	<b>Studie III.....</b>	<b>120</b>
<b>5.1</b>	<b>Fragestellung .....</b>	<b>120</b>
<b>5.2</b>	<b>Design und Procedere .....</b>	<b>120</b>
<b>5.3</b>	<b>Stationsbeschreibungen .....</b>	<b>121</b>
<b>5.4</b>	<b>Erhebungsinstrumente .....</b>	<b>124</b>
<b>5.5</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>128</b>
5.5.1	Stichprobenbeschreibung und Rücklaufquote .....	128
5.5.2	Deskriptive Itemanalysen .....	130
5.5.3	Faktorenanalytische Ergebnisse für 27 Items .....	133
5.5.4	Reliabilitätsanalyse für 27 Items .....	141
5.5.5	Faktorenanalytische Ergebnisse für 20 Items .....	143
5.5.6	Reliabilitätsanalyse für 20 Items .....	148
5.5.7	Ergebnisse zu den Subskalen-Interkorrelationen.....	150
5.5.8	Einzelitems und soziodemographische Variablen .....	151
5.5.9	Häufigkeitsanalysen der einzelnen Fragen im Vergleich .....	152
5.5.10	Zufriedenheit der Patienten in Marburg und Mainkofen auf Itemebene .....	173
5.5.11	Rubrik „Persönliche Anmerkungen“ .....	174
<b>5.6</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>175</b>
5.6.1	Diskussion der Rücklaufquote.....	175
5.6.2	Diskussion der Deskriptiven Statistik und des Antwortverhaltens.....	176
5.6.3	Diskussion Einzelitems und soziodemographische Variablen .....	179
5.6.4	Diskussion der Dimensionalität für die 27-Item-Skala .....	181
5.6.5	Diskussion der Gütekriterien der 27-Item-Skala .....	182
5.6.6	Diskussion für die Dimensionalität für die 20-Item-Skala .....	182
5.6.7	Diskussion der Gütekriterien der 20-Item-Skala .....	184
5.6.8	Diskussion der Subskalen-Interkorrelationen.....	184
5.6.9	Zusammenfassung und Ausblick.....	185
	<b>Abbildungen &amp; Tabellen .....</b>	<b>190</b>
	<b>Abkürzungen .....</b>	<b>192</b>
	<b>Literatur .....</b>	<b>193</b>
	<b>Anhang I .....</b>	<b>I</b>
A:	Erhebungsmaterial der Studie I: Zufriedenheitsfragebogen (ZUF-8).....	I
B:	Kategoriensystem der offenen Fragen ZUF-8 .....	III
	<b>Anhang II .....</b>	<b>XIII</b>
A:	Erhebungsmaterial der Studie II: Fragen für das Patienteninterview .....	XIII
B:	Auswertung und Kategorisierung des Patienteninterviews .....	XV
	<b>Anhang III.....</b>	<b>LVIII</b>
A:	Patienteninformation und zugehörige Dokumente der Studie III .....	LVIII
B:	Erhebungsmaterial der Studie III, Spezieller Fragebogen (SpezFB).....	LX
C:	Einzelitems und soziodemographische Variablen.....	LXIV

## Zusammenfassung

Aufgrund gesundheitspolitischer und –ökonomischer Notwendigkeiten nehmen in der Medizin die Bemühungen zu, Qualitätssicherungsprogramme in die stationäre Versorgung zu übernehmen. Daher gewinnen in der Evaluation der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung subjektive Kriterien wie die Patientenzufriedenheit zunehmend an Bedeutung. Die Patienten sollen im Mittelpunkt der Bemühungen stehen. Ein Wandel der Rolle des Patienten in den letzten Jahren hat dazu geführt, dass dieser nicht mehr nur als passiver Empfänger sondern als kritischer Nutzer medizinischer Leistungen betrachtet wird. Des Weiteren wurde die Bedeutung der subjektiven Bewertung für den Behandlungsprozess und als Kriterium der Ergebnisqualität erkannt. Ziel der vorliegenden Dissertation war die Erstellung eines Fragebogens zur differenzierten Erfassung der Patientenzufriedenheit auf der Basis eines bestehenden Instrumentariums. Nachdem im deutschsprachigen Raum keine Studien über die Wertigkeit unterschiedlicher Aspekte der Zufriedenheit psychotherapeutischer Patienten vorliegen, sollte anhand eines induktiven Forschungsansatzes ermittelt werden, welche Gesichtspunkte einer stationären psychotherapeutischen Behandlung aus Sicht der Patienten für ihre Zufriedenheit besonders wichtig sind.

Der empirische Teil der Arbeit umfasste drei Komponenten. In Studie I erfolgte eine Zufriedenheitsbefragung mit einem bereits etablierten Erhebungsinstrument, dem Fragebogen zur Patientenzufriedenheit, ZUF-8 (Schmidt et al. 1989, Spießl et al. 1996). Dieser sollte hierbei auf seine Brauchbarkeit zur Evaluierung der globalen Zufriedenheit auf den Stationen für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Marburg getestet werden. In Studie II wurde aus den Ergebnissen der ersten Studie ein Fragenkatalog entwickelt. Dieser sollte mit Hilfe eines halbstandardisierten Interviews zur Ermittlung der spezifischen Erwartungen der Patienten an eine bevorstehende Psychotherapie beitragen. Die Auswertung des Patienteninterviews wurde mittels inhaltsanalytischem Verfahren vorgenommen, an dessen Ende die Bildung eines Kategoriensystems stand. In Studie III wurde der neu konzipierte Fragebogen (SpezFB) verwendet, der die 35 inhaltsanalytisch generierten Statements des zweiten Teils der Studie enthielt und die spezifische Zufriedenheit am Ende einer vollstationären psychotherapeutischen Behandlung anhand zweier Patientengruppen erfassen sollte. Abschließend wurde eine Prüfung des SpezFB auf seine Reliabilität und Dimensionalität durchgeführt. Des

Weiteren wurden ein möglicher Einfluss soziodemographischer Variablen und eventuelle Antwortunterschiede zwischen den beiden Stichproben untersucht.

Die Untersuchung mittels ZUF-8 bestätigt das aus bisherigen Studien bekannte hohe Maß an Zufriedenheit. Das Erhebungsinstrument erweist sich als reliable eindimensionale Skala. Die guten Gütekennwerte des ZUF-8 vorheriger Studien konnten in der vorliegenden Arbeit überzeugend repliziert werden. Auch eine Erweiterung des ZUF auf 10 Items zeigte weitgehend übereinstimmende Daten. Demnach ist der ZUF-8 ein äußerst ökonomisch einsetzbares Instrument und erscheint weitestgehend geeignet, die Zufriedenheit als einen Indikator der Ergebnisqualität zu erheben. In der zweiten Studie konnte anhand der freien Meinungsäußerungen des halbstandardisierten Interviews ein Kategoriensystem, bestehend aus 17 Hauptkategorien mit jeweils positiver und negativer Ausprägung und dazugehörigen Subkategorien, erarbeitet werden. Aus den gewonnen Aussagen konnten 35 Items für das Erhebungsinstrument der dritten Studie gebildet werden.

Im Ergebnis der Hauptstudie liegt eine Skala mit insgesamt 20 Items vor, welche sich in 5 Subskalen unterteilen lässt: „Zufriedenheit mit Ärzten und Therapeuten“, „Zufriedenheit mit der Pflege“, „Zufriedenheit mit den Möglichkeiten der eigenen Therapie- und Freizeitgestaltung sowie der Zusammenarbeit des Teams“, „Umsetzung und Erreichung der Therapieziele“ sowie „räumliche Ausstattung der Station“. Es zeigt sich eine sehr gute interne Konsistenz. Die Bewertung ist weitgehend unabhängig von soziodemographischen Variablen. Auch in dieser dritten Studie konnte ein hohes Maß an Zufriedenheit unter den Patienten festgestellt werden. Eine Untersuchung des Antwortverhaltens der beiden Stichproben zeigte im t-Test auf der Ebene der Einzelitems wenige signifikante Unterschiede. Wie auch bei anderen Patientenbefragungen müssen bei beiden Fragebogenformen einige methodische Probleme („Effekt der sozialen Erwünschtheit“, „Non-Responder“) beachtet und die hohe Zufriedenheit kritisch hinterfragt werden. Die Ergebnisse der Befragung mittels SpezFB sind sowohl für den täglichen Umgang mit Patienten als auch für die Konzeption von Behandlungsstrategien und qualitätsverbessernden Maßnahmen relevant. In weiteren Untersuchungen erscheint es jedoch sinnvoll, die aus den Patienteninterviews gewonnenen Items hinsichtlich ihres Aufbaus zu verbessern, um schließlich ein reliables, valides und ökonomisches Messinstrument der Patientenzufriedenheit zu erhalten, das möglichst für die Befragung aller stationär behandelten psychiatrischen und psychotherapeutischen Patienten geeignet ist.



# 1 Einleitung

Durch die Verknappung der verfügbaren Ressourcen im Gesundheitswesen und der dadurch immer stärker werdenden Wettbewerbssituation zwischen den stationären, teilstationären und ambulanten Leistungserbringern kommen vermehrt neue Verfahren der Qualitätssicherung zum Einsatz. Diese wiederum dienen dazu, unerwünschte negative Qualitätsentwicklungen des Systems frühzeitig zu erkennen. Während in den Vereinigten Staaten bereits seit den fünfziger Jahren auch das Patientenurteil über die erlebte medizinische Versorgung durch systematisch durchgeführte Patientenbefragungen Beachtung fand, gewinnt nun auch in Deutschland die Qualitätsbeurteilung aus Patientensicht und somit die Evaluation der Patientenzufriedenheit immer mehr an Bedeutung. Dies hängt auf der einen Seite mit dem sich verschärfenden Wettbewerb unter den zahlreichen Anbietern zusammen, auf der anderen Seite mit dem Wandel der Patientenrolle. Der Patient wird nun nicht mehr nur als solcher bezeichnet, sondern er tritt auch als Nutzer eines Dienstleistungsbereichs in Erscheinung.

Daten über die Patientenzufriedenheit geben einen wichtigen Einblick in den Betrieb eines medizinischen Leistungserbringers (Wüthrich-Schneider 2000). Die Sicht des Patienten liefert einzigartige Informationen. Patienten, und vor allem psychiatrische Patienten durch die Aufenthaltsdauer bedingt, haben einen Einblick in den gesamten Behandlungsprozess und gewinnen somit einen umfassenden Gesamteindruck. Die Zufriedenheit wiederum reflektiert wichtige, zwischenmenschliche Aspekte einer medizinischen Behandlung (Mirvis 1998).

Ziel der vorliegenden Dissertation war die Erstellung eines Fragebogens zur differenzierten Erfassung der Patientenzufriedenheit auf der Basis eines bestehenden Instrumentariums. Da in Zukunft zunehmend Maßnahmen der internen Qualitätssicherung unter Einbeziehung der Patientenmeinung in den Krankenhäusern Anwendung finden werden, stand in dieser Studie vor allem die Erfassung der Zufriedenheit im Bereich der Psychotherapie im Vordergrund (Schmidt et al. 1989, Spießl et al. 1996). Nachdem im deutschsprachigen Raum keine Studien über die Wertigkeit unterschiedlicher Aspekte der Zufriedenheit psychotherapeutischer Patienten vorliegen, sollte mittels eines induktiven Forschungsansatzes ermittelt werden, welche

Aspekte einer stationären psychotherapeutischen Behandlung aus Sicht der Patienten für ihre Zufriedenheit besonders wichtig sind.

Die empirische Arbeit gliederte sich hierzu in drei Studienabschnitte:

In einem ersten Studienabschnitt erfolgte eine Zufriedenheitsbefragung mit einem bereits im psychosomatischen und psychiatrischen Bereich verwendeten Erhebungsinstrument, dem Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) (Schmidt et al. 1989, Spießl et al. 1996). Hierbei handelt es sich um die deutsche Adaptierung des so genannten Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) (Larsen et al. 1979), der in seiner Kurzform acht Items umfasst. An der Befragung nahmen 242 Patienten der Psychotherapie- und Psychiatrie-Stationen der Philipps-Universität Marburg teil. Die Datenerhebung fand am Ende des stationären Aufenthaltes statt.

Im Rahmen der Studie waren wir daran interessiert, den ZUF-8 auf seine Brauchbarkeit zur Evaluierung der Patientenzufriedenheit auf den Stationen der Psychotherapie und Psychiatrie am Klinikum Marburg zu überprüfen. Mit diesem Instrument sollte ermittelt werden, wie hoch die globale Zufriedenheit der Befragten ist. Durch eine qualitative Datenanalyse sollte überprüft werden, ob sich anhand der Antworten der Patienten auf die offenen Fragen ein Kategoriensystem entwickeln lässt.

Nachfolgend wurde in einem zweiten Studienabschnitt anhand der Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung mittels ZUF-8 ein Fragenkatalog entwickelt. Dieser sollte mit Hilfe eines halbstandardisierten Interviews zur Ermittlung der spezifischen Erwartungen der Patienten an eine bevorstehende psychotherapeutische Therapie beitragen. Es nahmen insgesamt 30 Patienten mit einem durchschnittlichen Lebensalter von  $M = 25.5$  teil. Anhand der getroffenen Aussagen wurde auch hier ein Kategoriensystem entwickelt.

Zuletzt erfolgte mit Hilfe der gewonnenen Antworten eine Itemgenerierung zur Erstellung eines neuen Erhebungsinstrumentes für die Hauptstudie. Eine abschließende Prüfung des so entwickelten Fragebogens im Hinblick auf seine Reliabilität und Dimensionalität wurde anhand von zwei Patientengruppen unterschiedlicher Psychotherapiestationen in einem dritten Studienabschnitt durchgeführt. An dieser Erhebung nahmen insgesamt 93 Patienten mit einem durchschnittlichen Lebensalter von  $M = 31,2$  teil.

In den nun folgenden Abschnitten wird zunächst eine Übersicht zur Qualitätssicherungs- und Patientenzufriedenheitsforschung aufgezeigt. Es erfolgt eine

chronologische Darstellung der bereits existierenden Erhebungsinstrumente. Des Weiteren werden Strategien zur Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes erläutert. Abschließend folgen die Vorstellung der eigenen methodischen Vorgehensweise und der erhobenen Ergebnisse.

## 2 Problemstellung

### 2.1 Klinische Qualitätssicherung

*„The extent to which actual care is in conformity with pre-set criteria for good care“ (Donabedian 1966)*

Qualitätssicherung in den Gesundheitsberufen gibt es schon seit frühester Zeit. Im Kodex Hammurabi befindet sich die älteste bekannte Stelle, in der Ärzten bei Fehlbehandlung drakonische Strafen angedroht werden (zitiert nach Rienhoff 1998). Aber auch der Hippokratische Eid, der bis zum heutigen Tag Wirkung auf das Berufsethos der Gesundheitsberufe zeigt, beinhaltet in seiner ursprünglichen Form das Versprechen, dass der Arzt das eigene Leben in den Dienst der Menschlichkeit stellt und die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten oberstes Gebot des eigenen Handelns sein soll.

Systematische Qualitätsförderung und –forschung sind dagegen erst in der jüngsten Zeit entstanden als Erfordernisse der industriellen Sachgüterproduktion.

Die Konzepte des Qualitätsmanagements, die aus dem Bereich der Industrie stammen und in Kapitel 2.1.2 ausführlich erläutert werden, wurden in modifizierter Form auf den Dienstleistungsbereich übertragen, so dass diese auch Eingang in das Gesundheitswesen fanden und bis in die heutige Zeit finden (Längle et al. 2002).

Eine Vielzahl sich überschneidender oder teilweise sich widersprechender unzureichend definierter Begriffe, die im Zusammenhang mit Patientenzufriedenheitsbefragungen auftreten, führen auch heute noch zu Schwierigkeiten, eine einheitliche Definition für „Qualität“ zu finden und zu formulieren.

Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Qualitätszirkel und –zertifizierung, Total Quality Management, Evidence-based Medicine oder Qualitätsförderung gehören hierzu, um nur eine kleine Auswahl zu nennen. Die aus den 70er-Jahren stammenden deutschen Formulierungen zur Qualitätssicherung, die Eingang in entsprechende Gesetze und Regelungen gefunden haben, führen nicht gerade zur Entwirrung dieser Begriffsfülle. Die deutschen Bezeichnungen wurden außerdem um eine englischsprachige Begriffswelt, die wiederum aus der internationalen Debatte um Qualitätsmanagement und die ISO-Normierung stammen, erweitert. Für zusätzliche Verwirrung sorgen die Widersprüche, die zwischen der deutschen Übersetzung der ISO-Richtlinien und den tradierten deutschen Begriffen bestehen. Um hier Abhilfe zu schaffen, hat die Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Medizin (AWMF) der

Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie 1996 Begriffsbestimmungen vorgelegt, die auch Eingang in das „Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement“ gefunden haben (GMDS 1996).

### 2.1.1 *Qualität*

Nach der DIN EN ISO 8402 kann Qualität wie folgt definiert werden: „Qualität ist die Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.“

Die Begriffe Qualität, Qualitätsbeurteilung und Qualitätssicherung können im Anschluss an Eichhorn (1993) wie folgt definiert werden: „Qualität ist die Gesamtheit der Merkmale, die ein Produkt oder eine Dienstleistung zur Erfüllung vorgegebener Forderungen geeignet macht. Davon ausgehend bedeutet Qualitätsbeurteilung, Abweichungen zwischen der Ist- und Soll-Ausprägung der die Qualität determinierenden Merkmale zu erkennen, festzustellen und zu erfassen. Aufgabe einer darauf aufbauenden Qualitätssicherung ist es nun, durch eine systematische Analyse die Ursachen von Soll-/Ist-Abweichungen aufzudecken und darauf basierend durch Einleitung geeigneter Korrekturmaßnahmen zu beseitigen, mit dem Ziel, gegenwärtig bestehende Qualitätsdefizite künftig zu vermeiden.“

In der Qualitätssicherung hat sich im Anschluss an Donabedian (1966) eine Einteilung in die drei Aspekte Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durchgesetzt und Eingang in die Gesetzgebung gefunden:

- Zur Strukturqualität der Versorgung gehören demographische, finanzielle und materielle Aspekte der Versorgungseinrichtung ebenso wie die verfügbaren personellen Ressourcen und die Qualifikation der Ärzte und anderer Berufsgruppen.
- Die Prozessqualität der Krankenversorgung bezieht sich auf die Qualität der Behandlung und der Versorgungsabläufe.
- Die Ergebnisqualität schließlich, in deren Bereich auch die Patientenzufriedenheit fällt, bezieht sich auf die Effektivität und die Effizienz der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen und den Behandlungserfolg. Dabei ist festzustellen, dass es je nach Interessensgruppe eine andere Gewichtung der verschiedenen Dimensionen gibt. „Für den Patienten wird also vor allem ein Interesse an den Ergebnissen des Versorgungsprozesses betont, wie z. B. die Beseitigung von Krankheitssymptomen. Dagegen wird für Ärzte das Hauptinteresse in der

Prozessqualität gesehen, die dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand entsprechen soll, und die Kostenträger interessieren sich insbesondere für jene Aspekte, die den effizienten Einsatz von Ressourcen und die dazu notwendigen Strukturen betreffen.“ (Gaeedts, Selbmann 1997).

Tabelle 1: Komponenten der Qualitätssicherung: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität Beispiele für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Medizin (Gerlach 2001, nach Donabedian 1966 und 1980)

Strukturqualität	Prozessqualität	Ausgangs-/Ergebnisqualität
Ausbildung des Arztes	Anamnese- und Untersuchungstechnik	Besserung oder Heilung von Erkrankungen
Weiterbildung des Arztes	Therapie des Arztes, Pflegemaßnahmen	Patientenzufriedenheit
Qualifikation und Anzahl der Mitarbeiter	Arzt-Patient-Beziehung	Unzufriedenheit
Klinikeinrichtung und -organisation	Indikationsstellung bei Über- oder Einweisungen	Änderungen gesundheitsbezogener Verhaltensweisen
Erreichbarkeit der Klinik	Zusammenarbeit mit Kollegen und Praxis- bzw. Klinikmitarbeitern	Höhe des Blutdrucks oder des Blutzuckers
Dokumentationsmöglichkeiten	Gesprächsführung	(Beeinflussung von) Morbidität und Letalität

Im Denkmodell von Donabedian wird deutlich, dass sich die Qualitätsdimensionen gegenseitig beeinflussen. Die vorhandenen Strukturen und Ressourcen wirken sich auf die Prozesse aus, die wiederum die gemessene Ergebnisqualität mitbestimmen.

Aus den oben aufgeführten Definitionen wird ersichtlich, dass „Qualität“ kein absolutes Merkmal darstellt, sondern nur im Hinblick auf bestimmte Ziele definiert werden kann. Eine Messung von Qualität ist also nur dann möglich, wenn zuvor eine Festlegung der Indikatoren vorgenommen wird.

Dabei werden die Ziele der Qualitätssicherung recht unterschiedlich konkretisiert; neben ökonomischen (z. B. Wirtschaftlichkeit) und objektiv erfassbaren Qualitätsmerkmalen (z. B. objektive Wirksamkeit von Therapiemaßnahmen) werden so auch subjektive Aspekte (z. B. Akzeptanz von Behandlungen durch Patienten; allgemeine Zufriedenheit) betont (Mattejat, Remschmidt 1993, Mattejat, Remschmidt 1995, Mattejat 1999).

### ***2.1.2 Qualitätsmanagement & Total Quality Management***

Das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen orientiert sich an mindestens drei unterschiedlichen Kriterienbereichen:

1. An der subjektiven Qualitätsbewertung durch Patienten, ihren Angehörigen und das klinische Personal (Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal), wobei die Zufriedenheit der Patienten im Vordergrund steht;
2. An objektiven Qualitätsindikatoren (z. B. Nutzen, Wirksamkeit der Leistungen unerwünschte Nebenwirkungen etc.) und
3. An der Effizienz (Relation zwischen Kosten und Nutzen) der Leistungen, wobei unter „Kosten“ nicht nur der finanzielle bzw. ökonomische, sondern auch der sonstige Aufwand (z.B. zeitliche, psychische Belastungen durch die Behandlungen) erfasst werden sollte. Die Wirtschaftlichkeit stellt somit nur einen, wenn auch zentralen, Aspekt der Effizienz dar (Mattejat, Remschmidt 1993, Mattejat, Remschmidt 1995, Mattejat 1999).

Unter Qualitätsmanagement versteht man – entsprechend der Definition nach DIN EN ISO 9000:2000 – aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Lenken und Leiten einer Organisation, die darauf abzielen, die Qualität der produzierten Produkte oder der angebotenen Dienstleistung zu verbessern.

Konkret handelt es sich dabei um alle Maßnahmen und Tätigkeiten, durch die die Qualitätspolitik, Ziele und Verantwortungen in einem Betrieb festgelegt sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung verwirklicht werden. Qualitätsmanagement liegt in der Verantwortung aller Ausführungsebenen, muss jedoch von der obersten Leitung angeführt werden. Ihre Verwirklichung bezieht alle Mitglieder der Organisation ein. Beim Qualitätsmanagement werden Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte beachtet (www.QMA.de; Download: 15.07.2005). Wie die Definition und die Anmerkungen zeigen, ist Qualitätsmanagement der Oberbegriff, der alle qualitätsbezogenen Tätigkeiten umfasst.

Ziel und Aufgabe des Qualitätsmanagements ist es daher, die einzelnen Einflussfaktoren in ihrem Zusammenspiel in Richtung optimaler Qualität zu gestalten. Dazu sollten sich in der Realität möglichst alle Mitarbeiter in einer Einrichtung so verhalten, dass im Rahmen der vorhandenen Ressourcen ein möglichst großer Kundennutzen und damit auch Zufriedenheit entsteht (vgl. [www.Q-M-A.de](http://www.Q-M-A.de); 15.07.2005)

Als Weiterführung ist Total Quality Management (TQM) eine umfassende Managementmethode eines Unternehmens, die die Qualität in den Mittelpunkt stellt. TQM basiert auf der Mitwirkung aller Mitarbeiter eines Unternehmens und zielt durch die Zufriedenstellung der Mitarbeiter und Nutzer darauf, die Management-Zielsetzungen (langfristiger Geschäftserfolg, Nutzen für Mitarbeiter und Nutzen für Gesellschaft) zu erfüllen und zu erreichen.

Nach Selbmann (1996, 1998) wird umfassendes Qualitätsmanagement bzw. Total Quality Management im (psychiatrischen) Krankenhaus als Führungsmethode definiert, die

- von der Leistungsebene gesteuert und kundenorientiert ausgerichtet wird,
- Berufsgruppen, Fachgebiete und Hierarchien übergreift,
- kontinuierlich Qualität fördert, diese transparent macht und hierfür
- Techniken des Managements und der Arbeitspsychologie nutzt.

Selbmanns Konzept zur Qualitätssicherung im Krankenhaus, auf das im nächsten Abschnitt näher eingegangen werden soll, orientiert sich hierbei am European Quality Award (EQA)- Modell für (Business) Excellence der European Foundation for Quality Management (EFQM), das unternehmerischem Handeln Kundenorientierung als ein Grundprinzip qualitätssichernder Maßnahmen zugrunde legt.

Total Quality Management wird im Zusammenhang mit der systematischen Qualitätsförderung als das fortschrittlichste von drei Modellen angesehen, deren zentrales Ziel die Zufriedenheit von Patienten und Mitarbeitern ist.

Im Handwerksmodell orientiert sich die Qualität der hergestellten Produkte an von der jeweiligen Zunft oder dem Meister festgelegten Maßstäben und ist vor allem von der leistungserbringenden Person, ihrer Ausbildung und Berufserfahrung abhängig. Im Modell der industriellen Massenfertigung richtet sich Qualität nach vom Management festgelegten Standards, die Prüfung der Endprodukte liegt in der Zuständigkeit einer eigenen Organisationseinheit.



„Im Gesundheitswesen existieren alle drei Modelle nebeneinander (und zum Teil gegeneinander)“ (Badura, Strodtholz 1998).

Betrachtet man nun die Qualitätsforschung zur Versorgungslage in der Psychiatrie und den umfassenden TQM-Ansatz, so wird man feststellen, dass dieses grundsätzlich kundenorientierte Qualitätsverständnis, aufgrund der im Gesundheitswesen herrschenden Distanz zu aktivem Qualitätsmanagement, bis jetzt noch keinen nachhaltigen Niederschlag gefunden hat (Schreiber et al. 2001).

### **2.1.3 Qualitätsbegutachtung**

In der Suche nach einer objektivierten Qualitätssicherung wurden in der Vergangenheit verschiedene Zertifizierungsmodelle herausgearbeitet. Das wichtigste Modell für den Krankenhausbereich, die sog. KTQ® - Zertifizierung, soll in diesem Kontext näher erläutert werden.

KTQ® bedeutet in diesem Zusammenhang „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“. Die zugehörige Zertifizierung wurde im Jahr 2002 zunächst als ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren gestartet, das von der Bundesärztekammer, den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Pflegerat getragen wird (vgl. [www.Q-M-A.de](http://www.Q-M-A.de)).

Dieses wurde seit 1996 – unter Berücksichtigung internationaler Vorbilder – durch praktizierende Kliniker entwickelt, wobei insbesondere das berufsübergreifende, umfassende Qualitätsmanagement gefördert werden soll (Kolkman et al. 2000). Die Zertifizierung nach KTQ® ist für die Krankenhäuser freiwillig und besteht aus einer Selbst- und einer Fremdbewertung (durch Visitoren mit spezieller Ausbildung) des Krankenhauses auf der Grundlage eines Bewertungskataloges (Dick 2001). Im Mittelpunkt dieses Bewertungskataloges stehen die Patienten- und Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement (Dick 2001).

Speziell für die Patientenorientierung in der Krankenhausversorgung bedeutet dies, dass das Krankenhaus eine nach den Bedürfnissen der Patienten gestaltete Organisation und Versorgung gewährleistet. Des Weiteren soll ein individuelles Behandlungsprozedere festgelegt werden und der Patient in die Behandlungsplanung bzw. in den Behandlungsprozess weitestgehend miteinbezogen werden. Die Patientenversorgung erfolgt in koordinierter Weise gemäß professioneller Standards, um bestmögliche

Behandlungsergebnisse zu erzielen. Mit der Forderung nach Patientenorientierung eng verbunden ist der Begriff der Nutzerorientierung: Diese beschreibt Prädisposition und Fähigkeit von Unternehmen, auf Nutzer individuell einzugehen, durch Erfahrungen mit Nutzern zu lernen und Nutzerzufriedenheit nachhaltig und vorausschauend gewährleisten zu können (Haeske-Seeberg 2000). Die Zertifizierung hat eine dreijährige Gültigkeitsdauer. Die zertifizierten Krankenhäuser haben die Möglichkeit einer validen Außendarstellung durch einen standardisierten und veröffentlichten Qualitätsbericht. Schwächen dieses Verfahrens liegen u. a. in den noch mangelnden internationalen Erfahrungen und der noch nicht evaluierten Kosten-Nutzen-Relation.

Ein weiteres Bewertungsverfahren, das im Zuge der Gesundheitsreform am 1. Juni 2004 entwickelt wurde, ist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG. Hierbei handelt es sich um ein unabhängiges wissenschaftliches Institut. Im Auftrag des gemeinsamen Bundesausschusses und des Bundesgesundheitsministeriums ist das IQWiG derzeit tätig, um den Nutzen medizinischer Leistungen für den Patienten zu untersuchen.

Damit stehen Qualität und Wirtschaftlichkeit auf dem Prüfstand. Das Institut erforscht, was therapeutisch und diagnostisch möglich und sinnvoll ist und informiert Ärzte und Patienten darüber. Zu den Instituts-Aufgaben gehört unter anderem die Bewertung von Operations- und Diagnoseverfahren, Arzneimitteln und Behandlungsleitlinien. Auf der Basis der evidenzbasierten Medizin erarbeitet das IQWiG außerdem die Grundlagen für neue Disease Management Programme (DMP) – strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke.

Bei beiden Bewertungsverfahren wird das veränderte Patientenbild bzw. die veränderte Patientenrolle (siehe auch 2.2.3) deutlich. Ziel ist es, den Patienten als Partner zu sehen und damit ein „Miteinander“ zu fördern.

Kritisch zu bewerten ist hierbei aber, dass die direkte Erfassung der Patientenmeinung oder der Patientenzufriedenheit mittels Befragung nicht stattfindet.

Die Abläufe bei der KTQ®-Zertifizierung bzw. die Prüfung durch das IQWiG sollen nach Möglichkeit aber zu einer höchstmöglichen Zufriedenheit der Patienten beitragen.

#### **2.1.4 Rechtlicher Hintergrund**

Es hat ein Wandel der rechtlichen Stellung des Patienten im Gesundheitssystem stattgefunden (Leimkühler, Müller 1996). Die Einführung der

Qualitätssicherungsmaßnahmen soll dem Schutz der Patienten vor fachlich unqualifizierten Behandlungen dienen und dazu beitragen, dass jeder Patient eine möglichst optimale Behandlung auf modernem Entwicklungsstand erhalten kann.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hatte 1984 die systematische Überwachung der Güte der Patientenbetreuung gefordert. Sie ist in Deutschland seit 1989 (Gesundheitsreformgesetz §137) bzw. 1993 (Gesundheitsstrukturgesetz) für therapeutische Einrichtungen vorgeschrieben (Freudenmann, Spitzer 2001).

In §137a SGB V 1988 (Gesetzliche Krankenversicherung, Neunter Abschnitt, Sicherung der Qualität der Leistungserbringung §§135 ff.) heißt es: „Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sind [...] verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern. Zugelassene Krankenhäuser, stationäre Vorsorgeeinrichtungen und stationäre Rehabilitationseinrichtungen [...] sind [...] verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.“

Durch diese gesetzlichen Regelungen soll den Interessen der Patienten ebenso Rechnung getragen werden wie denen der kassenärztlichen Vertragspartner. Für die Kostenträger steht dabei der Finanzierungsaspekt im Vordergrund: Es sollen nur solche Leistungen abgerechnet werden können, deren diagnostischer und therapeutischer Nutzen fachlich anerkannt sind.

Einen Anspruch darauf, dass Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Versorgung dargelegt werden, haben aber nicht nur die Kostenträger, sondern auch die Patienten, Angehörige, niedergelassene Ärzte und andere sog. „Nutzer“ der Klinik. Patienten sind nicht mehr „Erleidende“ der medizinischen „Kunst“, sondern gleichberechtigte Partner, die ein Mitspracherecht bei der Gestaltung der medizinischen Versorgung haben und eine hohe Qualität der medizinischen Dienstleistungen fordern können.

## 2.2 Patientenzufriedenheit als entscheidendes Qualitätskriterium

*„Des Patienten eigene Beurteilung  
(subjektiv und objektiv) aller Aspekte einer  
medizinischen Versorgung beinhalten  
auch die zwischenmenschlichen  
Gesichtspunkte einer Behandlung und  
deren organisatorischer Ablauf.“  
(Panchaud et al. 1999)*

Die Patientenzufriedenheit ist ein wichtiges Element der Ergebnisqualität, die mittels einer Evaluation erhoben werden kann. Sie setzt sich laut Donabedian aus folgenden Bereichen zusammen: Zugang, Kontinuität, Pflegeaspekte, Gründlichkeit, Menschlichkeit, Informationshäufigkeit, Wirksamkeit und Kosten (Donabedian 1982).

Laut Trojan (1998) ist der Patient sogar zur entscheidenden Zielgröße des Gesundheitswesens geworden. Seine Stimme hat nun Gewicht bekommen, da man sich durch Patientenbefragungen im Rahmen des umfassenden Qualitätsmanagements eine stärkere Nachfrageorientierung und größere Bedarfsgerechtigkeit, mehr Effektivität, Effizienz und Kundenzufriedenheit verspricht (Schönbach 1997). Daten über die Patientenzufriedenheit geben hierbei einen wichtigen Einblick in den Betrieb eines medizinischen Leistungserbringers (Wüthrich-Schneider 2000). Die Sicht des Patienten liefert einzigartige Informationen, denn Patienten haben einen Einblick in den gesamten Behandlungsprozess und gewinnen somit einen umfassenden Gesamteindruck. Die Zufriedenheit wiederum reflektiert wichtige, zwischenmenschliche Aspekte einer medizinischen Behandlung (Mirvis 1998).

Zufriedene Patienten verbessern so nicht nur den Ruf eines Arztes, sie können auch den Ruf eines Krankenhauses aufwerten und damit dessen Marktanteil vergrößern. Die Erfassung der subjektiven Patientenzufriedenheit gewinnt folglich im Rahmen der Qualitätssicherung zunehmend an Bedeutung und ist in der Evaluation medizinischer Versorgung als Qualitätskriterium bedeutsam geworden (Leimkühler, Müller 1996).

### **2.2.1 Konzept der Patientenzufriedenheit**

Als ein Defizit in der Patientenzufriedenheitsforschung muss die bislang noch immer nicht klar formulierte Definition des Zufriedenheitsbegriffs gewertet werden. Es existieren allerdings verschiedene Definitionsansätze in der Literatur. So definiert Ipsen (vgl. Kingman 1993) Zufriedenheit als „Bewertung von Situation, Personen, Sachen, allgemein von Objekten. (...) Zufriedenheit ist somit letztlich das Ergebnis des Verhältnisses von Erwartungen zu der (wahrgenommenen) Realität eines Objektes. Sind die Erwartungen niedriger als die Qualität des Objektes so entsteht Zufriedenheit. (...) Umgekehrte Diskrepanzen führen zu Unzufriedenheit.“ (Kingman 1993). Bei der Beleuchtung der sozialwissenschaftlichen Zufriedenheitsforschung konstatierte Inglehart (1989), dass sich einzelne Länder auf makrosoziologischer Ebene infolge unterschiedlicher kultureller Normen in ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit unterscheiden, aber unterschiedliche stabile Gruppen in und derselben Gesellschaft sich wiederum kaum. Inglehart geht in diesem Punkt auf die Miterhebung der soziodemographischen Variablen, wie Geschlecht, Alter, Rasse, Einkommen, Bildung und Beruf ein, deren Nutzen und Aussagekraft in der Patientenzufriedenheitsforschung kontrovers diskutiert wird.

Leimkühler & Müller (1996) stellten fest, dass das Konzept der Patientenzufriedenheit in der Regel in den jeweiligen Untersuchungen nicht problematisiert wird, obwohl es einerseits ein plausibel erscheinendes Zielkriterium jeder medizinischen Versorgung ist, es aber andererseits keine umfassende Theorie der Zufriedenheitsbildung gibt. Die Autoren setzten sich mit verschiedenen theoretischen Ansätzen aus unterschiedlichen Disziplinen auseinander, um zu überprüfen, welchen Beitrag diese für ein besseres Verständnis von Patientenzufriedenheit leisten. Gleichzeitig versuchten sie mit der Betrachtung einzelner Dimensionen dieser Theorien der Frage nachzugehen, welche Faktoren zur Zufriedenheit beitragen. Die einzelnen Theorien dieser Studie sollen hier kurz dargestellt werden:

#### **Soziale Vergleichstheorie**

Sie geht davon aus, dass jemand zufrieden ist, wenn es ihm gleich gut oder besser geht als anderen. Es ist vor allem der abwärts gerichtete Vergleich, welcher die eigene Zufriedenheit erhöhen kann. Es kann nicht mit Sicherheit gesagt werden und ist

hauptsächlich Charaktersache, mit wem und ob sich ein Patient im Krankenhaus vergleicht. Es wäre nahe liegend, wenn er seinen Zustand an den übrigen Zimmernachbarn misst. Ob dies einen aufwärts oder abwärts gerichteten Vergleich bewirkt, sei dahingestellt. Bei einer Evaluation des Zufriedenheitsgrades kann davon ausgegangen werden, dass der Zufriedenheitsvergleich ausgeglichen ist.

### **Adaptationstheorie**

Sie basiert auf intraindividuellen Vergleichsprozessen und auf der Annahme, dass aktuelle subjektive Erfahrungen normativ anhand bisheriger Erfahrungen im Sinne eines Vergangenheits-/Gegenwartsvergleichs bewertet werden. Diese Bezugsnormen können sich aufgrund sehr positiver oder sehr negativer Lebensereignisse verändern. Eine Veränderung bringt zunächst einen Kontrasteffekt, im weiteren Zeitverlauf einen Gewöhnungseffekt mit sich.

### **Anspruchstheorie**

Diese Theorie geht davon aus, dass die Zufriedenheit von der Differenz zwischen Anspruchsniveau und wahrgenommener Situation oder erreichtem Ziel abhängt. Einfacher ausgedrückt, die Zufriedenheit hängt vom Unterschied zwischen Erwartung und Erfüllung ab. Basierend auf dieser Theorie ist ein überhöhtes Anspruchsniveau weniger, ein geringeres eher zufriedenheitsfördernd. Die Erwartungen passen sich mit der Zeit äußeren Gegebenheiten an und wirken so zufriedenheitsfördernd. Um die Erwartungen eines Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes zu erfüllen, ist es sehr wichtig, Bereiche wie umfassende Information, Kommunikation und Konsens über die Behandlungsweise zu berücksichtigen.

### **Kompetenztheoretischer Ansatz**

Dieser Ansatz basiert auf der Annahme, dass Wohlbefinden und Zufriedenheit das Ergebnis erfolgreicher Bewältigung externer Anforderungen sind. Dieser Erfolg bewirkt Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten, gewünschte Ziele zu erreichen und Unerwünschtes zu vermeiden.

### **Kognitive Dissonanztheorie**

Die von Festinger (1957) begründete kognitive Dissonanztheorie ist empirisch begründet und nimmt an, dass bei einer Inkongruenz von Erwartungen oder

Bedürfnissen und der Realität eine kognitive Dissonanz entsteht, die mit intrapersonellen Spannungszuständen einhergeht. Diese Spannungszustände können sich negativ auf die Zufriedenheit auswirken.

Überträgt man nun diese Überlegungen auf die Entstehung von Zufriedenheit bei Patienten, so stellt Leimkühler (Leimkühler, Müller 1996) fest, „dass Zufriedenheitsäußerungen von Patienten eine tatsächliche Gefühlslage widerspiegeln könnten, die weitgehend unabhängig von objektiven Versorgungsmerkmalen auch Ergebnis einer intrapsychischen Emotionsarbeit oder eines Bewältigungsprozesses ist, sie können aber auch nur Indizien sein für eine Anpassung an patiententypische Gefühlsnormen“.

Als einen weiteren Definitionsansatz führen Leimkühler & Müller (1996) in ihrer Untersuchung die Konzepte der Wohlbefindensforschung auf, da verwandte Begriffe für Wohlbefinden Glück oder Lebenszufriedenheit sein können. So besteht in der Wohlbefindensforschung Konsens darüber, „dass Wohlbefinden oder Zufriedenheit sowohl von subjektiv wahrgenommenen als auch von objektiven Bedingungen abhängt, wobei das Verhältnis dieser Bedingungen und ihre Interaktion jedoch noch ungeklärt sind.“ So wird Zufriedenheit in der Wohlbefindensforschung als kognitiver Faktor konzipiert, der sich aus folgenden Denkprozessen zusammensetzt:

- durch die Einschätzung der eigenen Situation;
- durch das Abwägen positiver und negativer Gegebenheiten;
- durch den Vergleich der aktuellen Situation mit angestrebten Zielen  
(Erwartungen, Anspruchsniveau) und
- durch die Einschätzung der eigenen Situation nach internen und sozialen Vergleichsnormen (Mayring 1991).

Weitgehend ähnliche Definitionsansätze finden sich auch bei Ware (Ware, Davies 1983), der davon ausgeht, dass zufriedene und unzufriedene Patienten unterschiedlich mit Gesundheitsproblemen umgehen. Patientenzufriedenheit bestimmt seiner Ansicht nach im Weiteren die Compliance des Patienten, die Nutzung von Behandlungsangeboten und die Effektivität bzw. das Ergebnis von Behandlung.

In der Zufriedenheitsforschung ist bis heute ungeklärt, ob der Zufriedenheitsbegriff als uni- versus multidimensional angesehen werden sollte. Verschiedene Autoren betonen, dass es sich bei der Zufriedenheit nicht um ein unidimensionales Konstrukt handelt, sondern um einen multidimensionalen Begriff (Pascoe, Roberts 1983; Pascoe 1983), wobei Pascoe (1983) darauf verweist, dass die Multidimensionalität des Begriffs ursprünglich durch die Marketing-Forschung aufgezeigt wurde.

Leimkühler et al. (2002) konstatieren demgegenüber, dass es keine klaren empirisch gesicherten Beweise gibt, dass Patientenzufriedenheit weder ein unidimensionales noch ein multidimensionales Konstrukt ist. Auf der einen Seite leite sich der Begriff von einer theoretisch definierten Struktur von Variablen ab, die festgesetzt wurden, um zwischen den verschiedenen Domänen der Pflege zu unterscheiden. Es existiert eine Reihe von Fragebögen, die auf dieser Art von Multidimensionalität beruhen. Leimkühler verweist darauf, dass diese nicht mathematische Nutzung des Begriffs allerdings nicht das Verhältnis zwischen den einzelnen Dimensionen der Zufriedenheit kläre. Auf der anderen Seite ist Multidimensionalität ein Ergebnis der Faktorenanalyse aber nur dann, wenn eine multifaktorielle Struktur der Variablen angezeigt ist (Leimkühler et al. 2002). Dieser Erklärungsansatz wäre der einzige Beweis dafür, dass Patienten verschiedene Aspekte der Versorgung bewerten, ohne dabei von der generellen Zufriedenheit beeinflusst zu sein.

### **2.2.2 Ökonomie im Wettbewerb**

Als Qualitätskontrolle wurde in den 70er-Jahren die erste *Diagnosis Related Groups-Version* entwickelt (Fetter et al. 1980) und 1983 von der amerikanischen Versicherung *Medicare* für alle stationären Behandlungen von Patienten über dem 65. Lebensjahr eingeführt (*HCFA-DRG = Health Care Financing Administration DRG*). Die heutigen *DRG-Versionen* sind demnach Weiterentwicklungen des *HCFA-DRG* und werden zurzeit in über 20 Ländern zum *Benchmarking*, zur Budgetierung oder zur Finanzierung eingesetzt. *DRG-Systeme* versuchen, den Ressourcenverbrauch einer Behandlung über medizinisch sinnvolle Gruppenbildung darzustellen (Burgmer et al. 2003).

Um eine Optimierung der Ausgaben zu bewirken, wurden in Deutschland mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 weitreichende Änderungen im Krankenhausbereich eingeleitet. Demnach wurde ab 1. Januar 2003 verbindlich für alle vollstationären Krankenhausleistungen in Deutschland ein pauschalierendes Entgeltsystem, das sich an den *Diagnosis Related Groups* (DRG) orientiert, eingeführt. Hiervon ausgenommen sind die Diagnosen der Behandlungen psychischer Störungen, da hierbei



Behandlungskosten und Verweildauer sehr stark variieren und daher nicht pauschaliert werden können.

In § 17b der Deutschen Krankenhausgemeinschaft (KHG) heißt es unter Absatz 1:

„Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ist für alle Krankenhäuser, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen.

[...] Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet.“

Absatz 2 regelt weiter: „Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung haben gemeinsam, entsprechend den Vorgaben der Absätze 1 und 3, mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem vereinbart, das sich an der Grundlage der *Diagnosis Related Groups* (DRG) orientiert, einschließlich der Punktwerte sowie seine Weiterentwicklung und Anpassung an die medizinische Entwicklung und an Kostenentwicklungen. Sie orientieren sich dabei - unter Wahrung der Qualität der Leistungserbringung - an wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen.“ (vgl. [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de); 20.06.2004). Die geläufigen *DRG-Systeme* basieren auf der medizinischen Hauptdiagnose als Klassifikationsgrundlage und beziehen Nebendiagnosen, Prozeduren und weitere Patientendaten, wie z. B. das Alter, mit ein.

In bisher durchgeführten Untersuchungen konnte allerdings keine ausreichende Beziehung der psychiatrischen *DRGs* zur Verweildauer oder den Kosten gezeigt werden (Burgmer et al. 2003) - weder krankenhauses- noch patientenbezogen. Außerdem ist es fraglich, ob mit der oben beschriebenen Fokussierung des Systems auf den finanziellen Aspekt der (stationären) Behandlungen die subjektive Zufriedenheit des Patienten mit der erhaltenen Therapie ausreichend Beachtung finden kann.

Die in den letzten Jahrzehnten aufgrund wirtschaftlicher Rezession und zunehmender struktureller Arbeitslosigkeit steigenden Beitragssätze der Gesetzlichen Krankenversicherung haben die Notwendigkeit einer finanziellen Optimierung des Gesundheitswesens in den Mittelpunkt der deutschen Gesundheitspolitik gerückt. Der Hauptfokus der Rationierungs- und Rationalisierungsbemühungen liegt seit jeher auf dem Krankenhaussektor, der einen Großteil der für die gesundheitliche Versorgung aufgewandten finanziellen und personellen Ressourcen beansprucht. Hierbei fällt ein

immer stärker werdender Wettbewerb zwischen privatwirtschaftlich organisierten Versorgungsinstitutionen ins Gewicht (Leimkühler, Müller 1996).

Diese Situation hat insofern eine neuerliche Patientenzentrierung zur Folge, dass die einzelnen Häuser besondere Therapiekonzepte entwickeln müssen, um einerseits die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen effizient zu nutzen und andererseits auf dem Markt stabil bleiben zu können. Neben kurzen Aufenthaltsdauern der Patienten und einer belegbaren Effektivität der Therapie, soll hierbei eine patientennahe Aufstellung der jeweiligen Kliniken die Chance bieten, möglichst viele Patienten zu erreichen und gleichzeitig bei diesen Zufriedenheit herzustellen. So dürften insbesondere gesundheitspolitische und ökonomischen Gründe die Entwicklung einer konsumentenorientierten Zufriedenheitsforschung im Medizinbereich entscheidend mitbestimmt haben.

### **2.2.3 Wandel der Patientenrolle**

Die zunehmende Konkurrenz im Gesundheitssystem zwischen institutionellen Anbietern von Leistungen oder einzelnen Praxen hat das Interesse an Patienten als potentiellen „Kunden“ geweckt, deren Wünsche und Bedürfnisse es zu kennen gilt, um das eigene Angebot entsprechend auszugestalten (Langewitz et al. 2002). Das Konstrukt „Patientenzufriedenheit“ ist bereits im Rahmen der Qualitätssicherung als eigenständiges Evaluationskriterium etabliert worden, mit dem die subjektive Bewertung der Qualität medizinischer Versorgung erfasst werden soll (Leimkühler et al. 2002).

Das Wunschziel heißt „Patientenzufriedenheit“ in Analogie zur „Verbraucherzufriedenheit“ (Leimkühler, Müller 1996), wobei die Konsumentenzufriedenheit die Übereinstimmung zwischen den subjektiven Erwartungen und der tatsächlich erlebten Motivbefriedigung bei Produkten oder Dienstleistungen wiedergibt. Im Falle einer Konsumentenzufriedenheit ist die Grundlage für eine Kundenbindung an die Marke oder die Unternehmung gegeben (Meffert 1992).

Die Rolle des „Krankenhauskunden“ ist allerdings anders definiert als die eines Kunden in der freien Marktwirtschaft. Patienten sind krankheitsbedingt zumeist körperlich, seelisch und je nach Erkrankung auch geistig geschwächt, was ihnen zusätzlich die Wahrnehmung ihrer Interessen und das Austragen von Konflikten erschwert oder unmöglich macht (Klemperer 2000). Der Patient ist durch die Erkrankung bedürftig, gerät als Einzelner in eine mächtige Institution, erwartet Hilfe von Ärzten und

Therapeuten, die ihm an Wissen und meist auch an sozialem Status überlegen sind (Siegrist et al. 2002).

Dennoch kann man für den psychiatrischen Bereich festhalten, dass der Konsument der Dienstleistung, also der Patient, immer gleichzeitig auch Produzent ist, da das Produkt, die erfolgreiche psychiatrische Behandlung, nur in der Interaktion aller Beteiligten entstehen kann (Längle et al. 2002). Wird der Patient nach seiner Zufriedenheit mit der Behandlung gefragt, so wird er stärker in den Behandlungsprozess eingebunden, was wiederum seine Compliance erhöht und somit zum Behandlungserfolg beiträgt.

Die Ursprünge des Konzeptes, den Patienten als Kunden zu sehen, liegen in den frühen 60er- Jahren. Die Rolle des Patienten hat sich im Laufe der Zeit geändert. Komplementär dazu ist die Arztrolle. „Der Patient, dessen Rolle klassischerweise als Gegenüber der Arztrolle konzipiert wurde, wird teils in neue Rollen gedrängt, teilweise beansprucht er diese aus einem neuen Selbstverständnis heraus.“ (Trojan 1998). Vor dem Hintergrund des erheblich gewachsenen Reformdrucks im Gesundheitswesen sind alte Strukturen, Finanzierungsmodi und Berufsrollen in Bewegung gekommen. Durch die Bemühungen, eine Qualitätsverbesserung und ein umfassendes Qualitätsmanagement zu erreichen, wird die Diskussion der Rolle des Patienten im Gesundheitswesen wieder verstärkt aufgeworfen.

Der Leitgedanke des verstärkten Bestrebens, die Patientenmeinung zu erfassen, ist, psychisch kranke Menschen nicht als Objekt, sondern als aktiven Konsumenten eines psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsangebotes zu betrachten und ernst zu nehmen (Gruyters, Priebe 1994). Thomas L. Delbanco (1989) konstatiert, dass der erste, wichtigste und zugleich schwierigste Schritt in der Patientenzufriedenheitsforschung darin besteht, zu lernen, dem Patienten zuzuhören und ihn nicht als Gegner oder Störfaktor zu betrachten. Der Patient soll als Partner und Experte angesehen werden, von dem man eine Menge lernen kann.

Zum reinen Kunden wolle und dürfe der Patient heutzutage aber nicht mutieren. Zwischen Arzt und Patient besteht zwar ein Dienstvertrag, der Arzt ist jedoch weder Dienstleister, noch der Patient ein Kunde (Richter-Kuhlmann 2005). „Patienten sind allein deshalb keine Kunden, weil sie sich das „Konsumgut Krankheit“ weder hinsichtlich Art noch nach Größe aussuchen können.“, so Prof. Dr. med. Eggert Beileites aus Jena bei einem Expertentreffen für medizin-ethische Grundsatzfragen in Cadenabbia in 2005 (vgl. Richter-Kuhlmann 2005).

Diese sich wandelnde Arzt-Patienten-Beziehung stellte ebenfalls ein Themenschwerpunkt beim Deutschen Ärztetag 2004 in Bremen dar. Johannes Rau, Bundespräsident a.D. betonte in seiner Eröffnungsrede: „Gesundheit ist ein hohes Gut, aber sie ist keine Ware – Ärzte sind keine Anbieter, Patienten keine Kunden. Die medizinische Versorgung darf nicht auf eine Dienstleistung reduziert werden.“ (vgl. Richter-Kuhlmann 2005)

Die derzeit gängige Betonung der „neuen Rolle“ des Patienten klingt vor diesem Hintergrund etwas überspitzt. Es handelt sich dabei eher um verschiedene Rollenanteile bzw. –aspekte, die bei jedem Patienten schon immer da waren und es auch noch sind. Je nach gesundheitspolitischen Erfordernissen wird der Patient in anderer Weise beleuchtet. Aktuell wird dabei das Licht auf den Patienten als Nutzer gerichtet. Von einer „neuen Rolle“ des Patienten im Sinne einer wirklichen Änderung der Machtverhältnisse und Mitsprachemöglichkeiten scheint das deutsche Gesundheitswesen noch weit entfernt zu sein. Doch durch die sich immer stärker durchsetzende Qualitätssicherung und durch ein umfassendes, patientenorientiertes Qualitätsmanagement ergeben sich neue Ansätze und Möglichkeiten, die diese Situation verbessern könnten.

#### ***2.2.4 Einfluss auf den Behandlungsprozess***

Es existieren medizinsoziologische und -psychologische Nachweise der Bedeutung der subjektiven Perspektive für den Behandlungsprozess. Die Einstellung der Patienten ist nicht starr, sondern Ärzte und Pflegekräfte können sie erheblich beeinflussen (Ruprecht 2000). Die subjektive Sicht der Patienten, ihre Erlebnisse, ihre Erfahrungen, ihre individuelle Sichtweise haben entscheidenden Einfluss auf ein von außen oft gleichförmig erscheinendes Krankheitsgeschehen. Niemand gewinnt vom Gesamtversorgungsprozess ein so umfassendes Bild wie der Patient selbst. Er kann daher auf Fehler und Missstände aufmerksam machen und auf diesem Wege die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen fördern.

Ebenfalls für eine Messung der Patientenzufriedenheit spricht hier die mangelnde Differenziertheit objektiver Effektivitäts- und Effizienzkriterien wie Verweildauer, Wiederaufnahmeraten oder Rezidivraten (Leimkühler, Müller 1996). Bei einer solchen Befragung ist es oftmals schwierig zu ersehen, ob ein Patient, dessen Aufenthalt sich über mehrere Wochen erstreckt und der somit einen weitaus besseren Einblick in

verschiedene Abläufe und Strukturen eines Hauses erhält, eine bessere oder schlechtere Beurteilung abgibt, als ein Patient, der sich nur für kurze Zeit in Behandlung befand.

Wiederaufnahme- bzw. Rezidivraten können auf der einen Seite einen Misserfolg einer zuvor erfolgten Therapie anzeigen. Auf der anderen Seite können sie aber auch eine Art Erfolg bedeuten, wenn ein Patient - trotz Rückfall - wieder in dieselbe Klinik zur Behandlung gehen möchte, soweit er dies je nach Verfassung selbst entscheiden kann.

In beiden Fällen müssen Ärzte, Therapeuten und das Pflegepersonal patientenzentriert rekapitulieren, ob und inwiefern die Therapie der neuen Situation angepasst werden muss, um hierauf mit einer effektiven und patientennahen Modulation einer zuvor erhaltenen Therapie reagieren zu können.

Soll in diesem Zusammenhang der Begriff der Patientenzufriedenheit auf den Bereich der Psychotherapie angewandt werden, so sind hier besondere Aspekte zu bedenken:

- a) Ein zunehmendes und „aggressiveres“ Konsumverhalten prägt auch den Bereich der Psychotherapie. Für den psychiatrischen Patienten treten mit zunehmender Behandlungsdauer Serviceaspekte in den Vordergrund eigener Qualitätsansprüche. Dadurch muss von Seiten der Klinik eine möglichst hohe Servicequalität sichergestellt und so kommuniziert werden, dass diese den kundenseitigen, d. h. patientenseitigen Erwartungen möglichst passgenau entspricht (Schreiber et al. 2001).
- b) Viele Patienten sind von Beginn der Therapie an wesentlich kritischer ihrem Behandlungsumfeld gegenüber eingestellt. Die potentiellen Patienten einer Psychotherapiestation sind meist in der Lage und haben gegebenenfalls auch die Zeit, Angebote zu vergleichen. Sie können sich ihr Behandlungsumfeld und den dazugehörigen Behandlungsrahmen im Voraus sehr genau betrachten. Viele Patienten verfügen zudem oft über große Erfahrungen mit medizinischen Einrichtungen, da einige von ihnen nicht zum ersten Mal eine Therapie durchführen. Um den Qualitätsansprüchen der Patienten gerecht werden zu können, versuchen Kliniken durch die Ausgabe von Informations- bzw. Imagebroschüren ihren Marktwert zu erhöhen und den Patienten als „Kunden“ bzw. „Nutzer“ zu gewinnen. Eigene Webseiten im Internet oder ein „Tag der offenen Tür“ dienen zum einen nicht nur der Selbstdarstellung der jeweiligen Klinik in verschiedenen Medien, sondern

ermöglichen auch den zukünftigen Patienten, sich ein umfassendes Bild über das absehbare diagnostische und therapeutische Procedere wie auch über Unterbringung, Betreuung, voraussichtliche Verweildauer usw. zu machen.

c) Im Gegensatz zur konventionellen ambulanten Psychotherapie bewertet der Patient im stationären *Setting* die Beziehung zu mehreren Helfern und zur gesamten Institution mit unterschiedlichen therapeutischen Angeboten (Gruyters, Priebe 1994). Das bedeutet, dass ein komplexes *Setting* Einfluss auf die Behandlungszufriedenheit hat.

d) Grundsätzliche Bedenken gegenüber der Messung von Patientenzufriedenheit sind aus verschiedenen Richtungen möglich. Es stellt sich die Frage, ob Patienten wirklich zufrieden sind, wenn sie angeben, sie seien zufrieden. Leimkühler und Müller (1996), die sich intensiv mit Patientenzufriedenheit beschäftigen, sprechen in ihrer Studie ein generelles Gültigkeitsproblem der Patienten-Zufriedenheitsforschung an, welches weitgehend aus dem Blickfeld geraten ist. Sie konstatieren, dass ein Großteil der Studien in Analogie zur Verbraucherzufriedenheit von zwei ungeprüften Annahmen ausgeht:

1. Eine objektiv gute Realität wird auch als solche wahrgenommen und produziert Zufriedenheit und
2. Zufriedenheitsangaben von Patienten lassen tatsächlich auf subjektive Zufriedenheit schließen.

Dies wiederum würde der Grundannahme der Evaluationsforschung entsprechen, dass das Antwortverhalten der Befragten eher von der Wirklichkeit des zu bewertenden Objekts bestimmt wird als vom subjektiven Erleben des Befragten. Laut Leimkühler (Leimkühler, Müller 1996) ist es als problematisch anzusehen, Zufriedenheit auf bloße Meinungsäußerungen oder Antwortverhalten zu reduzieren. Um die vielseitigen, zur Zufriedenheit beitragenden Faktoren zu erforschen und damit ein besseres Verständnis von Patientenzufriedenheit zu schaffen, setzten sich Leimkühler und Müller (1996) in ihrer Studie mit unterschiedlichen theoretischen Ansätzen aus verschiedenen Disziplinen auseinander. Auf diese Theorien wurde bereits unter 2.2.1 näher eingegangen.

- e) Zufriedenheit kann laut Mans (1995) als Übereinstimmung von Erwartungen und Erfahrungen, von Ziel und Ergebnis, von Wunsch und Realität, von prospektiver Vorstellung und vorgefundener Wirklichkeit verstanden werden. Für ihn erscheint es wichtig, die Zufriedenheit im Verlauf einer Therapie zu betrachten, da während einer Behandlung drei Abschnitte existieren, in denen Erwartungen der Patienten und Realitäten der Behandlung aufeinander treffen und Quellen der Unzufriedenheit sich ergeben könnten. Mans beschreibt diese Beeinträchtigungen der Zufriedenheit für Patienten im Verlauf einer psychosomatischen Rehabilitation, die sich aber auch auf den Bereich der Psychotherapie übertragen lassen. Es können Diskrepanzen bei der Begegnung der impliziten und expliziten Behandlungserwartungen des Patienten mit den strukturellen Voraussetzungen der Klinik, danach bei dem Aufeinandertreffen von Wünschen und Bedürfnissen der Patienten bezüglich der Therapie mit den Gegebenheiten und Erfordernissen im Prozess der Behandlung und letztendlich bei der Konfrontation von Hoffnungen und Erwartungen der Patienten mit den Anforderungen der sozialen Realität im Ergebnis und am Ende der Heilmaßnahme bestehen. Diese Diskrepanzen können zur (meist vorübergehenden) vermehrten Unzufriedenheit von Patienten führen.

## 2.3 Messung von Patientenzufriedenheit

(...) denkbar ist, dass Zufriedenheit  
als komplexe übergeordnete Dimension die Bewertung beeinflusst,  
dass aber auch die Bewertung  
kurzfristig die Zufriedenheit beeinflussen kann.“  
(Leimkühler, Müller 1996).

### 2.3.1 Chronologischer Überblick im internationalen Vergleich

Im angloamerikanischen Raum wurde in den letzten beiden Jahrzehnten eine Vielzahl von Untersuchungen zum Thema Patientenzufriedenheit durchgeführt (Spießl 1995).

Bereits in den 50er-Jahren gab es in den Vereinigten Staaten Bemühungen, den Einfluss der Behandlungsstrukturen auf psychisch Kranke und den Verlauf ihrer Erkrankung zu ergründen und die Behandlung auch aus Perspektive der Patienten zu evaluieren (Weinstein 1979).

Ausgangspunkt dieser Patientenzufriedenheitsbefragungen war damals der Pflegenotstand in den amerikanischen Krankenhäusern. Die amerikanische Krankenhausgesellschaft und das zuständige Bundesministerium ließen erforschen, in welchem Maß die Zufriedenheit stationär behandelter Patienten in einzelnen Krankenhäusern von der Zahl der beschäftigten Pflegekräfte und deren Ausbildungsniveau abhing (Straub 1993).

Zu Beginn der sog. „*patient`s satisfaction*“-Forschung wurden vornehmlich qualitative Methoden in Form unstrukturierter Interviews und Verhaltensbeobachtungen von Soziologen als Pseudopatients oder Pseudoangestellten eingesetzt (Spießl 1995). Eine Untersuchung von Caudill und Mitarbeiter (zitiert nach Weinstein 1979) aus dem Jahre 1952 verdeutlichte in erster Linie, dass die psychiatrische Klinik als autoritäres System gesehen wurde, in der der Patient sich als krank zu akzeptieren hatte und sich den Restriktionen unterwerfen musste (Weinstein 1979). Die Gültigkeit der gewonnenen qualitativen Ergebnisse wurde nicht nur wegen ihrer Untersuchungsmethoden, sondern auch aufgrund ihrer theoretischen Grundlagen sowie ihrer Durchführung und Auswertung von verschiedenen Seiten kritisiert und angezweifelt (Linn 1968; Weinstein 1979).

Aus den frühen 60er-Jahren wurden erste quantitative Studien berichtet, wie die Untersuchung mit der „*Ward Evaluation Scale*“ (WES) aus dem Jahr 1963 (Lemkau et



al. 1963). Die WES besteht aus 65 kurzen Aussagen über eine psychiatrische Station mit positivem oder negativem Inhalt, wobei die Probanden jede dieser Aussagen einzeln bewerten sollten.

Fauman (1989) weist auf gesetzliche Vorschriften in den Vereinigten Staaten hin, die Kliniken bereits seit den frühen 60er-Jahren zu Qualitätskontrollen verpflichten. Die Rahmenbedingungen sowie die besondere Struktur des amerikanischen Gesundheitswesens mit einer Konkurrenzsituation zwischen Anbietern medizinischer Leistungen führten zu einer weiten Verbreitung unterschiedlicher Untersuchungsinstrumente zur Patientenzufriedenheit (Lebow 1982). Diese Studien wurden bei ambulant und stationär behandelten psychiatrischen Patienten durchgeführt, betrafen zumeist aber den Bereich der gemeindepsychiatrischen Versorgung (Spießl 1995).

Die Mehrzahl dieser Untersuchungen wurde, unter anderem auch aufgrund schwerwiegender methodischer Mängel (Lebow 1983, Mc Phee et al. 1975), nie in Form wissenschaftlicher Arbeiten veröffentlicht, vielmehr blieben diese Befragungen meist dem internen Gebrauch der Kliniken vorbehalten (Mc Phee et al. 1975, Sorensen et al. 1979).

Seit den 70er-Jahren gab es vermehrt Bemühungen, die Befragungsinstrumente zu vereinheitlichen, insbesondere ihre Validität und Reliabilität zu sichern (Lehman, Zastowny 1983; Roberts, Attkisson 1983; Urquhart et al. 1986).

Hierbei ist besonders der „*Client Satisfaction Questionnaire*“ (CSQ) hervorzuheben (Larsen et al. 1979; Pascoe 1983; Roberts, Attkisson 1983).

Da es zuvor noch keinen standardisierten Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit im englischsprachigen Raum gab, starteten Larsen, Attkisson, Hargreaves und Nguyen 1979 einen Versuch, ein einfaches Instrument zu entwickeln, das in verschiedenen Bereichen eingesetzt werden sollte.

Im ersten Schritt der Entwicklung eines Patientenzufriedenheitsfragebogens versuchten sie aus der veröffentlichten Literatur Determinanten herauszufiltern, die für die Zufriedenheit mit der Behandlung wichtig sind. Durch diese Literaturrecherche konnten neun Kategorien identifiziert werden, die möglicherweise Determinanten der Zufriedenheit darstellten. Die Kategorien lauteten: Umgebung, Unterstützung des Personals, Art der Behandlung, Behandlung durch das Personal, Qualität der

Behandlung, Anzahl, Länge oder Quantität der Behandlung, Ergebnis/Erfolg der Behandlung, generelle Zufriedenheit, Ablauf. Jeder Kategorie wurde wiederum eine bestimmte Anzahl an Items zugeordnet. Jedes Item war als Frage formuliert, die mit Hilfe einer 4-stufigen Likert-Skala beantwortet werden sollte. Nach mehreren Überarbeitungen wurde der vorläufige Fragebogen 248 Patienten einer Nervenheilanstalt vorgelegt. Die Gruppe der Befragten setzte sich ausschließlich aus ambulant behandelten Patienten zusammen. Zum Befragungszeitpunkt befanden sich 42% der Befragten aktuell in Behandlung, während 58% schon maximal sechs Monate entlassen waren. Die Daten dieser Erhebung wurden einer Faktorenanalyse unterzogen, die zu einer salienten Dimension für den vorläufigen Fragebogen führte. Durch diese Analyse konnte ein kürzerer Fragebogen mit insgesamt 8 Items erstellt werden, der sog. Client Satisfaction Questionnaire (CSQ), der zur generellen Zufriedenheitsmessung der Klinikbehandlung psychiatrischer Patienten eingesetzt werden sollte. Diese acht Items spiegelten die höchsten Ladungen des unrotierten ersten Faktors der Faktorenanalyse wider.

Der Fragebogen verlangte eine globale Bewertung und sollte der Beurteilung der Ergebnisqualität dienen. Als Skala diente eine vierstufige Antwortauswahl ohne neutrale Position. Erfasst werden sollten von Anfang an zusätzlich die Krankheitssymptomatik auf verschiedenen Selbstbeurteilungsskalen (unter anderem Angst, Depression, Ärger) und der aktuelle psychopathologische Befund (Larsen et al. 1979).

Spätere Versionen des CSQ boten mit einer 18- beziehungsweise 31-Item-Version die Möglichkeit zu einer besseren Erfassung einzelner Aspekte der Patientenmeinung (Rentrop et al. 1999). Zudem sollten Besonderheiten der jeweiligen Klinik stärker hervorgehoben und näher hinterfragt werden.

De Brey aus den Niederlanden führte 1983 eine erste Erprobung und Validierung des CSQ-8 (vgl. Larsen et al. 1979; Roberts, Attkisson 1983) außerhalb der USA durch.

Eine andere Form der Erhebung wurde mit der „*Evaluation Ranking Scale*“ (Attkisson et al. 1993; Pascoe 1983) versucht, wobei die Befragten selbst aus sechs vorgegebenen Evaluationskarten eine visuelle Skala an einer Tafel erstellten. Diese Befragung wurde ausschließlich in der somatischen Medizin erprobt.

Ein Untersuchungsinstrument, welches sowohl in der somatischen Medizin, als auch in der Psychiatrie seinen Einsatz fand, wurde mit der Entwicklung der *Service Satisfaction Scale* (SSS) von Grennfield und Attkisson 1989 erreicht. Der SSS ist ein 15- bis 38-Item-Instrument, das über die Zufriedenheitsbefragung der Patienten hinaus einzelne Bereiche, etwa Arzt-Patienten-Kommunikation erfassen soll (Greenfield, Attkisson 1989).

Im europäischen Raum sind vor allem Untersuchungen der Arbeitsgruppe von Hansson und Mitarbeiter (1993) zu erwähnen, die erstmals versuchten, einen Fragebogen zu konstruieren, dessen Items aus Patienteninterviews hervorgingen.

In einem weiteren Arbeitsgang wurden die jeweiligen Patientenaussagen analysiert, auf 48 Items zusammengefasst und von einer zweiten Patientengruppe nach ihrer Wichtigkeit mit Hilfe einer vier-stufigen Skala bewertet (Rentrop et al. 1999).

In Großbritannien setzte sich Ley (1982) mit dem Zusammenhang zwischen Arzt-Patienten-Kommunikation und der Compliance auseinander.

Nach Ansicht von Ley kommt der Zufriedenheit mit der Kommunikation, neben Verstehen und Erinnern, eine zentrale Rolle für die Compliance zu (Rentrop et al. 1999). Das Verständnis des Patienten und sein Gedächtnis bezüglich der mitgeteilten Dinge stellen Faktoren dar, die sowohl direkt als auch indirekt über die Zufriedenheit die Compliance beeinflussen (Arnold, Lang 1994). Dieses ursprünglich von Ley & Spellman 1967, später von Ley (1982) weiter fortentwickelte, und mit Hilfe von Fragebogenprojekten überprüfte Modell, beschreibt zumindest partiell die Zusammenhänge zwischen Compliance und Zufriedenheit der Patienten.

Eine groß angelegte Studie stammt von der Universität in Manchester. Dort haben Huxley und Mitarbeiter (1992) das „*General Satisfaction Questionnaire*“ zur Untersuchung genereller Zufriedenheit für ambulante und stationäre psychiatrische Patienten entwickelt. Ziel dieses Fragebogens ist es, Gruppen unzufriedener Patienten zu identifizieren.

Anfang der 90er-Jahre hat die Arbeitsgruppe von Ruggeri (1994) mit dem „*Verona Expectations of Care Scale*“ (VECS) und dem „*Verona Service Satisfaction Scale*“ (VSSS) zwei neue, gesichert reliable und valide Instrumente entworfen und eingeführt. Der VSSS basiert auf der Grundlage von Greenfields und Attkissons entwickelten SSS

(Greenfield 1989), der auf insgesamt 82 Items, d. h. 82 einzelne Fragen, ausgeweitet wurde.

Mit Hilfe einer fünf-stufigen Skalierung können Bereiche wie allgemeine Zufriedenheit, Verhalten und professionelle Fähigkeiten der Angestellten, Information, Zugang zur Behandlung, Effektivität, Behandlungsangebot und Einbindung der Angehörigen beurteilt werden.

Im deutschsprachigen Raum finden sich bis in die 80-er Jahre kaum Veröffentlichungen zum Thema Patientenzufriedenheit (Gruyters, Priebe 1994). Es wurden zwar Erhebungen im Bereich der somatischen Fächer durchgeführt, allerdings wurden hier oftmals Erhebungsinstrumente mit einer zu kleinen Anzahl von Fragen verwendet oder die Fragen so allgemein und für mehrere Bereiche eines Krankenhausaufenthaltes gestellt, dass kein Aufdecken der Verbesserungspotentiale möglich war und dies somit keiner validen Messung entsprach.

Schmidt, Lamprecht und Wittmann unternahmen für den deutschsprachigen Raum 1989 den Versuch, den amerikanischen Fragebogen zur Patientenzufriedenheit CSQ auf die Belange der stationären Versorgung einer deutschen psychosomatischen Klinik zu adaptieren. Die systematische Erfassung der Patientenzufriedenheit in deutschsprachigen stationären Einrichtungen, die den methodischen Anforderungen, insbesondere der Zuverlässigkeit (Reliabilität) und Gültigkeit (Validität) genügen, fehlte bis dahin weitgehend, während Adaptionenversuche dieses Fragebogens bereits für den holländischen (de Brey 1983) und spanischen Sprachraum (Roberts und Attkisson 1983) vorlagen.

Wegen seiner Kürze (Ökonomieaspekt) und seiner hohen internen Konsistenz (Reliabilitätsaspekt) in amerikanischen Untersuchungen war die Untersuchungsgruppe von Schmidt et al. an einem Adaptionenversuch des CSQ-8 für den stationären Bereich interessiert. Es sollte die generelle Zufriedenheit mit klinischen Aspekten der Versorgung erfasst werden. Ziel der Studie von Schmidt et al. war die Entwicklung eines möglichst kurzen, reliablen Zufriedenheitsmaßes mit der stationären Versorgung in psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken. Obwohl der Fragebogen an einer Stichprobe von Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik entwickelt wurde, waren die Autoren an einer Erfassung der generellen Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung interessiert und ließen in der Konstruktion des Instruments die Besonderheiten einer psychosomatischen Rehabilitation außer Acht.

Wesentliche Grundlage für die Fragebogenkonstruktion, also hauptsächlich der Itemformulierungen, waren die amerikanischen CSQ-Varianten (CSQ-8, CSQ-18A, CSQ 18B). Die vorläufige Version des Fragebogens enthielt alle acht Items des CSQ-8, zwei Items des CSQ-18A, vier Items des CSQ-18B und vier neue Items. Alle Items wurden auch hier als Fragen bzw. Feststellungen mit vier Antwortmöglichkeiten formuliert. Drei offene Fragen schlossen den Fragebogen ab.

Untersuchungen aus dem Bereich der deutschsprachigen Psychiatrie stellte Böcker (1989) vor. Zwei Patientengruppen sollten gleichzeitig ihren Aufenthalt mit Hilfe einer fünf-stufigen Gesichterskala beurteilen, wobei die erste Gruppe in einem Altbau untergebracht war und die zweite in einem Neubau.

1996 erschien eine Studie vom Spießl, Krischker, Spindler, Cording und Klein, die im Rahmen einer Untersuchung daran interessiert waren, die deutsche Adaptierung des CSQ-8, den Fragebogen zur Patientenzufriedenheit, ZUF-8, der zuvor von Schmidt, Lamprecht und Wittmann item- und faktorenanalytisch getestet wurde, auf seine Brauchbarkeit zur Evaluierung der Patientenzufriedenheit in psychiatrischen Fachkrankenhäusern zu prüfen.

Zusätzlich zu den acht globalen Zufriedenheitsitems wurde eine Frage zum subjektiven Befinden des Patienten auf einer Vier-Punkte-Skala sowie am Ende des Fragebogens drei offene Fragen gestellt.

Mit der Einführung der deutschsprachigen Version des *Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)*, dem sog. ZUF, Fragebogen zur Patientenzufriedenheit, liegt ein häufig verwendetes, validiertes, reliables und ökonomisches Messinstrument vor, das, wie oben erwähnt, bereits bei psychosomatischen Patienten item- und faktorenanalytisch überprüft wurde.

Tabelle 2: Fragebogenübersicht

<b>Autor</b>	<b>Name des Fragebogens</b>	<b>Jahr</b>
Caudill	Questionnaire	1952
Graham	Ward Evaluation Scale (WES)	1963
Larsen, Attkisson	Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)	1977
Larsen, Attkisson	Client Satisfaction Questionnaire 8 (CSQ-8)	1979
Attkisson, Roberts, Pascoe	Evaluation Ranking Scale	1983
Hansson	Questionnaire	1987
Greenfield, Attkisson	Service Satisfaction Scale (SSS-15, SSS-30)	1989
Schmidt, Lamprecht, Wittmann	Zufriedenheitsfragebogen (ZUF-8), Adaption des CSQ-8	1989
Huxley	General Satisfaction Questionnaire	1992
Ruggeri	Verona Expectations Care Scale (VECS) Verona Service Satisfaction Scale (VSSS)	1993/94
Spießl, Cording	Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8)	1997

### 2.3.2 *Strategien zur Instrumentenentwicklung*

Die Entwicklung eines Befragungsinstrumentes kann auf verschiedene Arten geschehen (Wüthrich-Schneider 2000):

- Beobachtungsbereiche und Fragen für ein Erhebungsinstrument können aufgrund der Sichtweise und Erwartungen der Patienten mittels Fokusgruppen vorgenommen werden. Eine Fokusgruppe setzt sich aus einer festgelegten Anzahl Patienten mit einem ausgewogenen Querschnitt demographischer und medizinischer Merkmale zusammen, welche in Einzelinterviews über die Wichtigkeit der verschiedenen Bereiche und Elemente eines Krankenhausaufenthaltes befragt werden. Die Konzipierung eines Befragungsinstrumentes mittels Fokusgruppen ist sehr beliebt (Delbanco 1998, vgl. Dierks, Blitzer in Ruprecht 1998).
- Befragungsinstrumente können von Experten entwickelt werden. Ein Experte ist eine fachkundige Person, in der gegebenen Situation ein Fragebogendesigner. Für den Experten ist es notwendig, möglichst umfangreiche Informationen über die Schwerpunktsetzung bezüglich Befragungen zu beschaffen.
- Eine weitere Methode zur Entwicklung eines Befragungsinstrumentes sind Paneldiskussionen. Dabei wird das Befragungsinstrument in Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegepersonal, Fragebogendesigner, eventuell mit einem Soziologen und Psychologen zusammengestellt. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, alle entscheidenden Gebiete abzudecken.
- Als eine Sonderform sei hier noch die so genannte Delphi-Befragung bzw. Delphi-Methode genannt. Es handelt sich hierbei um ein qualitatives Prognoseverfahren basierend auf einer mehrstufigen Expertenbefragung im Rahmen der Marktforschung. Die Einzelantworten der Befragten werden ausgewertet und zu einem Ergebnis zusammengefasst. Daraufhin werden die Ergebnisse erneut zur Diskussion gestellt, die Fragestellung wird präzisiert. Man erhält somit ein Gruppenurteil zu einem hinterfragten Sachverhalt. Diese Methode dient gelegentlich auch als Vorbereitung einer eigentlichen Befragungsaktion (vgl. Online-Ressource: [www.marketing-lexikon-online.de](http://www.marketing-lexikon-online.de); Download: 25.11.2007).

### **2.3.3 Befragungsoptionen - Rating vs. Reporting**

Zur Messung der Patientenzufriedenheit können nach Wüthrich-Schneider (2000) zwei verschiedene Methoden angewandt werden, welche vom Ansatz her grundlegende Unterschiede aufweisen. Hier unterscheidet man zwischen „rating“ und „reporting“.

#### **Rating**

Rating bedeutet: etwas beurteilen bzw. bewerten. Durch diese Methode werden dem Patienten verschiedene Abstufungen zur Beantwortung einer Frage angeboten. Weit verbreitet sind die so genannten „Likert scales“. Dies sind Mess-Skalen, welche eine unterschiedliche Anzahl von Antwortmöglichkeiten aufweisen und differenziertes Antworten ermöglichen. Befragungsinstrumente mit drei bis sechs Abstufungen sind am meisten verbreitet, selten werden Instrumente mit sieben oder neun Abstufungen angewandt.

#### **Reporting**

Reporting bedeutet: Bericht erstatten. Bei dieser Methode werden die Fragen so gestellt, dass die Befragten nur mit „ja“ oder „nein“ antworten können. Mit dieser Methode können Problemstellen in einem ersten Schritt relativ einfach identifiziert werden. Es ist aber bei fast allen Fragen notwendig, eine Zusatzfrage zu stellen, wenn die Antwort mit „nein ausfällt“, um negative Punkte deutlicher hervorzuheben und zu konkretisieren. Dem Patienten wird allerdings freigestellt, in welchem Umfang er oder sie sich erklären will. Oft erhält man durch solche offene Fragen (open-ended questions) sehr aufschlussreiche Informationen, weil ein vorhandenes Problem oder eine Schwachstelle meist konkret beschrieben wird. Die Auswertung dieser Antworten ist jedoch sehr aufwendig. Wenn über ein gleiches Problem mehrfach geklagt wird, können die Informationen gruppiert und quantifiziert werden. Wenn aber verschiedenste Probleme durch solche offene Fragen zur Sprache kommen, entsteht die Notwendigkeit, Einzelanalysen durchzuführen.



### ***2.3.4 Eigene Vorgehensweise in der Fragebogengenerstellung im Überblick***

Die empirische Arbeit für die Erstellung eines Fragebogens zur differenzierten Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychotherapie umfasste drei Studien.

***In Studie I*** (Querschnittsstudie, N = 242) wurde an Patienten am Ende ihres stationären Aufenthaltes im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie der Philipps-Universität Marburg mit dem „ZUF-8“ (Schmidt et al. 1989, Spießl et al. 1996) ein Fragebogen zur eigenständigen Beantwortung ausgeteilt. Er erfasst die generelle Patientenzufriedenheit (general satisfaction) mit klinischen Aspekten der Versorgung.

Die Befragung zeigt, wie auch in vorherigen Erhebungen (vgl. Spießl et al. 1996), eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit der erhaltenen Therapie. Bei der Auswertung der offenen Fragen am Ende des Fragebogens ließen sich die Aussagen in 8 unterschiedliche Kategorien einteilen. Das entwickelte Kategoriensystem dokumentierte jedoch die mangelnde Differenziertheit des Instruments. Daher galt unser Interesse, ausgehend von den gewonnenen Ergebnissen, den verschiedenen Aspekten der vollstationären Versorgung.

***In Studie II*** (Querschnittsstudie, N = 30, mittleres Alter = 25,5 Jahre) wurden Patienten zu Beginn ihres stationären Aufenthaltes auf der Station für Psychotherapie 4A am Klinikum Marburg mittels halbstandardisiertem Interview befragt. Bei Studie II handelte es sich um einen qualitativen Pretest, bei dem die spezifischen Erwartungen der Patienten an eine bevorstehende psychotherapeutische Therapie ermittelt werden sollten. Ein aus den Aussagen gebildetes Kategoriensystem sollte im Anschluss zur Itemgenerierung eines neuen Befragungsinstrumentes der Hauptstudie beitragen.

Von besonderer Bedeutung für eine „ideale“ stationär-psychotherapeutische Behandlung für die Patienten waren die Räumlichkeiten der Station, das Therapieangebot sowie die Betreuung durch das Pflegepersonal.

***In Studie III*** (Querschnittsstudie, N = 93, mittleres Alter = 31,0 Jahre, SD = 8,73) wurde ein Fragebogen verwendet, der die 35 inhaltsanalytisch generierten Statements des zweiten Teils der Studie enthielt. Mit diesem Erhebungsinstrument sollte die spezifische Zufriedenheit am Ende einer vollstationären psychotherapeutischen Behandlung erfasst werden. Der Fragebogen wurde statistischen Prüfungen unterzogen. Hierzu wurden Daten der Hauptstudie von zwei Messorten verwendet. Anhand einer

Stichprobe von insgesamt 93 Psychotherapie-Patienten wurden neben den Gütekriterien und Verteilungsparametern (Mittelwert, Standardabweichung, Trennschärfe, Schiefe, Exzess), faktorenanalytische Zusammenhänge ermittelt und ein Vergleich beider Stationen hinsichtlich ihrer Item-Beantwortung untersucht.

### **2.3.5 Angewandte statistische Methoden**

Da sich diese Arbeit aus drei Teilstudien zusammensetzt, wurden, je nach Fragestellung, unterschiedliche statistische Methoden angewandt.

In Studie I und III erfolgte die statistische Analyse und Auswertung mit dem Programm SPSS V11.01. Es wurden verschiedene deskriptive Verfahren durchgeführt, um die Standardmaße abbilden zu können. Neben der Berechnung des arithmetischen Mittelwertes und der Standardabweichung erfolgte die Bestimmung der Trennschärfe sowie der Schiefe und des Exzess der einzelnen Items. Um die Dimensionalität der Skalen der geschlossenen Fragen in Studie I und III zu ermitteln, wurde eine Faktorenanalyse vorgenommen. Des Weiteren erfolgte eine Reliabilitätsanalyse mit der Bestimmung des Koeffizienten Alpha nach Cronbach.

Um den statistischen Zusammenhang zwischen verschiedenen Merkmalen zu überprüfen, und Aussagen über die Stärke und Schwäche eines Zusammenhangs sowie über die Art und Richtung der Beziehung treffen zu können, erfolgte die Berechnung des Korrelationsmaßes nach Spearman's rho.

Bei den Aussagen der offenen Fragen der Studie I und III sowie der Antworten des Patienteninterviews in Studie II erfolgte eine quantitative und qualitative Bestimmung mit abschließender Bildung eines Kategoriensystems.

Zur Auswertung der Fragen 2, 3, 6 und 7 des ZUF-8 wurde die Likert-Skala umkodiert, so dass hierdurch eine einheitliche Polung der Antwortmöglichkeiten von der bestmöglichen (1) zur schlechtesten Ausprägung (4) erreicht wurde.

Im folgenden Abschnitt werden die Methoden zur Ermittlung der Gütekriterien der Items vorgestellt.

**Der arithmetische Mittelwert  $\bar{x}$**  beschreibt den Quotienten aus der Summe der Messwerte und ihrer Anzahl.

**Die Standardabweichung  $sd$**  beschreibt den positiven Wert unter der Wurzel aus der Streuung der Einzelmesswerte einer Messreihe um ihren Mittelwert Varianz.

**Die Trennschärfe  $r$**  ist definiert als die Korrelation zwischen einer einzelnen Itemantwort und dem Gesamtskalenwert der Summe aller Items (Lienert 1989). Die Trennschärfe gibt an, wie gut ein einzelnes Item das Gesamtergebnis eines Tests repräsentiert, d. h. wie gut das Testergebnis aufgrund einer einzelnen Itemantwort vorhersagbar ist.

**Die Schiefe** ist eine Bezeichnung für die Abweichung einer Häufigkeitsverteilung von einer symmetrischen Verteilung. Es handelt sich also um eine Verteilung, bei der innerhalb gleicher Abstände vom Mittelwert auf beiden Seiten jeweils gleich viele Werte liegen. Die Schiefe ist Null, wenn die beobachtete Verteilung eine Normalverteilung ist (Bühl, Zöfel 1998). Ist die Schiefe signifikant von Null verschieden, bezeichnet man Schiefewerte  $> 0$  als linkssteile Verteilung und Schiefewerte  $< 0$  als rechtssteile Verteilung.

**Der Exzess** gibt an, ob eine Verteilung breitgipflig (hoher Wert) oder schmalgipflig (niedriger Wert) ist. Der Exzess ist Null, wenn die beobachtete Verteilung eine Normalverteilung ist (Bühl, Zöfel 1998).

**Der T-Test für unabhängige Stichproben und die Erstellung von Kreuztabellen (Chi-Quadrat-Test nach Pearson)** diene in der dritten Studie gezielt der Beantwortung der Frage, ob sich die Mittelwerte zweier Gruppen (T-Test) bzw. die beobachteten Häufigkeiten von den erwarteten Häufigkeiten (Chi-Quadrat-Test) signifikant voneinander unterscheiden. Dadurch sollten Zusammenhänge zwischen den soziodemographischen Daten und den ordinalskalierten Variablen analysiert werden. Des Weiteren sollte ein eventuell unterschiedliches Antwortverhalten der beiden Patientengruppen Marburg und Mainkofen untersucht werden. „Unabhängige Stichproben“ bedeutet, dass die beiden Vergleichsgruppen aus verschiedenen Fällen bestehen, die unabhängig voneinander aus ihrer Grundgesamtheit gezogen wurden. Der T-Test setzt für seine Berechnungen Varianzhomogenität voraus.

**Das Kaiser-Meyer-Olkin-Maß (KMO)** wurde in der dritten Studie berechnet. Es ist ein Maß, das die beobachteten Korrelationen mit den partiellen Korrelationen vergleicht und zwischen 0 und 1 schwankt. Es gibt Anhaltspunkte, ob die Itemauswahl für eine Faktorenanalyse geeignet ist. Kleine Werte des KMO ( $< 0,50$ ) weisen darauf hin, dass eine Faktorenanalyse für diese Variablen nicht angebracht ist, da die Korrelationen zwischen den Variablenpaaren nicht auf andere Variablen zurückgeführt werden können. Wünschenswert wäre ein Wert von größer als 0,80. (vgl. Bühner 2006)

**Die explorative Faktorenanalyse** wurde in der ersten und dritten Studie verwendet, um die Dimensionalität des Fragebogens zu ermitteln. Es handelt sich hierbei um ein „datenreduzierendes“ Verfahren. Variablen, die untereinander hoch korrelieren, werden zu Faktoren zusammengefasst. Variablen unterschiedlicher Faktoren korrelieren folglich gering miteinander. Ein Faktor stellt ein theoretisches Konstrukt dar, das den wechselseitig hochkorrelierenden Variablen zugrunde liegt. Ziel einer Faktorenanalyse ist es, Faktoren zu ermitteln, die die beobachteten Zusammenhänge zwischen den gegebenen Variablen möglichst vollständig erklären und eine inhaltlich sinnvolle Interpretation ermöglichen.

Für die in dieser Arbeit durchgeführten Faktorenanalysen wurde das Verfahren der *Hauptkomponentenanalyse* mit der Rotationsmethode „Varimax mit Kaiser-normalisierung“ verwendet.

Für die PCA (principal components analysis) gibt es mehrere Kennwerte:

- Der *Eigenwert* eines Faktors gibt an, wie viel von der Gesamtvarianz aller Variablen durch diesen Faktor erfasst wird. Faktoren mit Eigenwerten  $< 1$  sind wegen der geringen Varianzaufklärung als unbedeutend zu betrachten. Bei der PCA werden jene Faktoren extrahiert, die einen Eigenwert  $> 1$  besitzen (Kaiser-Guttman-Kriterium).
- Der *Faktorenwert* zeigt an, wie stark die Ausprägungen der in einem Faktor zusammengefassten Merkmale bei einer Variablen sind.
- Die *Faktorenladung* entspricht der Korrelation zwischen Faktor und Variablen.

- Die *Kommunalität* einer Variablen gibt an, in welchem Ausmaß die Varianz dieser Variablen durch den Faktor aufgeklärt wird.

Bei der PCA werden Faktoren ermittelt, die voneinander unabhängig sind und sukzessiv die maximale Varianz erklären. Dabei erklärt der erste Faktor den größten Anteil der Gesamtvarianz. Der zweite Faktor erklärt von der verbleibenden Varianz wiederum das Maximale. Die Variablen sind so standardisiert, dass sie die Varianz 1 haben. Somit entspricht die aufzuklärende Gesamtvarianz der Anzahl der Variablen. Es werden immer so viele Faktoren extrahiert, wie es Variablen gibt.

**Die Reliabilität**, als Grad der Genauigkeit mit dem ein Test misst, wird durch Berechnung der internen Konsistenz unter Verwendung des Reliabilitätskoeffizienten Alpha nach Cronbach ermittelt. Der Alpha-Koeffizient nach Cronbach stellt hierbei eine Schätzung der Reliabilität des Gesamttestes dar. Er ist das Maß der Genauigkeit, mit der ein Merkmal durch den Test erfasst wird. Der Wert des Reliabilitätskoeffizienten liegt zwischen 0 und 1. Dieser Koeffizient entspricht der mittleren Testhalbierungs-Reliabilität eines Tests für alle möglichen Testhalbierungen (Bühl, Zöfel 1998). Die Ermittlung der Reliabilität erfolgte in Studie I und III.

**Der Korrelationskoeffizient nach Spearman  $r$** , der in Studie I und III berechnet wurde, gilt als Maßzahl zur Quantifizierung eines Zusammenhangs zwischen ordinalen Variablen. Es sollten mögliche Zusammenhänge zwischen den Einzelitems, der Sub- und der Gesamtskala mit den soziodemographischen Variablen sowie Skaleninterkorrelationen untersucht werden.

Zwei Variablen sind positiv korreliert, wenn eine gleichläufige bzw. gleichsinnige Beziehung vorliegt. Bei einer gleichsinnigen Beziehung gehen niedrige Werte bei der einen Variablen mit niedrigen Werten bei der anderen Variablen einher, hohe Werte mit hohen Werten. Zwei Variablen sind negativ korreliert, wenn eine gegenläufige bzw. gegensinnige Beziehung vorliegt. Bei einer gegensinnigen Beziehung gehen niedrige Werte bei der einen Variablen mit hohen Werten bei der anderen Variablen einher und umgekehrt.

Der Wertebereich des Korrelationskoeffizienten geht von -1 bis +1, wobei  $r = 0$  darauf hinweist, dass kein Zusammenhang zwischen beiden Variablen besteht.

**Bei der Analyse der offenen Fragen** des ZUF-8 und des neu entwickelten Instrumentes wurden die Eintragungen in einem ersten Schritt auf ihren Inhalt hin untersucht und festgestellt, ob die frei formulierten Äußerungen Aspekte der vorgegebenen Items spezifizierten oder ob sich neue Gesichtspunkte ergaben. Im nächsten Schritt wurden inhaltsähnliche Aussagen gebündelt und gekürzt. Im dritten Schritt wurden Kategorien gebildet und die bearbeiteten Aussagen diesen zugeordnet. Der letzte Schritt beinhaltete die Auszählung inhaltsähnlicher Aussagen. Die Auswertung der Befragung erfolgte anonymisiert.

Zur Auswertung der getroffenen Aussagen im Patienteninterview (Studie II) wurde ebenfalls eine Inhaltsanalyse durchgeführt. Theoretischer Leitfaden waren dabei Arbeiten nach Mayering (2003), auf die in einem späteren Kapitel nochmals näher eingegangen wird.

Um den ethischen Richtlinien in allen drei Studien gerecht zu werden, wurden die Patienten zuvor über den Sinn und die Durchführung dieser Studie aufgeklärt und gaben ihr Einverständnis. Die Durchführung entsprach den ethischen Standards der Deklaration von Helsinki in der zum Durchführungszeitraum gültigen Fassung.

Patienten, die an der Studie teilnahmen, erfuhren keine Nachteile bzgl. der aktuellen, zur Teilnahme an der Studie qualifizierenden Behandlung, noch an späterer Therapie; sie waren in keiner Weise einer erhöhten Gefährdung ausgesetzt.

Hinsichtlich der Durchführung der Studie ergaben sich somit keine ethisch begründbaren Bedenken. Vor Anerkennung des Ethikantrages wurden von Seiten der Ethikkommission zwei Punkte zum Ablauf der Studie kritisiert. Unter Punkt 18 sollte klargestellt werden, dass der Studienleiter bzw. ein approbierter Arzt die Patienten über die Studie informiert. Des Weiteren wurde unter Punkt 19 eine zusätzliche Seite für die Erhebung der persönlichen Daten der Patienten, die anschließend getrennt von den anonymisierten Fragebögen aufbewahrt werden sollte, vorgeschlagen. Nach kurzer Stellungnahme zu den aufgeführten Punkten durch den Studienleiter wurde der Ethikantrag von der Ethikkommission anerkannt.

### 3 Studie I

#### 3.1 Fragestellung

Die zentrale Frage dieser ersten Studie war, wie hoch die globale Zufriedenheit der Patienten im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie Marburg ist. Da der hierbei verwendete Fragebogen bereits in seiner englischen Version im gemeindepsychiatrischen Bereich (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ-8; vgl. Larsen et al. 1979) und in seiner deutschen Adaptierung (Fragebogen zur Patientenzufriedenheit, ZUF-8; vgl. Schmidt et al. 1989 und Spießl et al. 1996) an psychosomatischen und psychiatrischen Patienten item- und faktorenanalytisch überprüft wurde, waren wir im Rahmen dieser ersten Studie daran interessiert, den ZUF-8 auf seine Brauchbarkeit zur Evaluierung der Patientenzufriedenheit im psychiatrischen Fachkrankenhaus der Universität Marburg zu prüfen. Es galt herauszufinden, ob die gewonnenen Ergebnisse mit denen vorheriger Studien vergleichbar sind.

#### 3.2 Design und Procedere

Alle ab dem 1. Januar 2002 bis einschließlich 31. Dezember 2002 stationär aufgenommenen Patienten sämtlicher psychiatrischer und psychotherapeutischer Stationen wurden am letzten Tag ihres Aufenthaltes gebeten, an der Befragung teilzunehmen. Ein weiteres Einschlusskriterium stellte eine Mindestaufenthaltsdauer von drei Wochen dar.

Patienten, die sich in tagesklinischer Behandlung befanden, wurden von der Befragung ausgeschlossen.

Die Befragung erfolgte vor der Entlassung. Die Verteilung der Fragebögen an die Patienten fand durch das Pflegepersonal statt. Nachdem die Patienten die Bögen beantwortet hatten, konnten sie diese in einen dafür vorgesehenen Briefkasten auf der jeweiligen Station anonym einwerfen. Diese wurden in regelmäßigen Abständen durch das Pflegepersonal entleert. Die Fragebögen wurden anschließend an die Pflegedienstleitung weitergeleitet und dort gesammelt, um nachfolgend anonymisiert ausgewertet zu werden.

Die Daten der Patienten wurden auf einem Erhebungsbogen, welcher nur den unmittelbar an der Studie beteiligten Personen zugänglich war, erfasst, auf ein kommerzielles Tabellenkalkulationsprogramm übertragen und auf einem nur den Untersuchern zugänglichen Speichermedium archiviert. Jeder Fragebogen erhielt nach vollständigem Ausfüllen eine fortlaufende Nummer.

Sie wurden ausschließlich für die Zwecke dieser Untersuchung gespeichert und nur für den im Umfang dieser wissenschaftlichen Studie definierten wissenschaftlichen Zweck genutzt (daher keine Notwendigkeit der Zustimmung der Patienten und des Datenschutzbeauftragten nach §11 des hessischen Datenschutzgesetzes). Die Verwendung für andere Zwecke oder die Weitergabe an Dritte war und ist ausgeschlossen.

Die Aufklärung über Sinn und Zweck dieser Befragung erfolgte entweder durch den behandelnden Arzt oder durch das Pflegepersonal. Es wurde keine spezielle Einverständniserklärung vom Patienten unterzeichnet. Die Teilnahme an der Befragung erfolgte freiwillig, die Abgabe des Fragebogens erfolgte anonymisiert.

### 3.3 Erhebungsinstrumente

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg erfolgte der Einsatz der von Schmidt et al. sowie Spießl et al. adaptierten Fassung des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit, ZUF-8. Er ist in Anhang I, Abschnitt A vollständig abgebildet.

Im folgenden Abschnitt wird der Aufbau dieses Instrumentes näher dargestellt.

Zu Beginn des Fragebogens folgte nach einer kurzen Begrüßung, die Bitte einer vollständigen Beantwortung der Fragen.

Wie aus Anhang I ersichtlich wird, beinhaltet dieser Fragebogen acht globale Zufriedenheitsfragen, die mit Hilfe einer Vier-Punkte-Skala bewertet werden können.

Mit der *ersten Frage* sollte der Patient die **Qualität der Behandlung** beurteilen. Die Skala zur Beantwortung reichte von „ausgezeichnet“ (1) bis „dürftig“ (4).

Nachfolgend sollte der Patient mit der *zweiten Frage* angeben, ob er, im Falle einer erneuten Hilfsbedürftigkeit, sich **wieder in derselben Klinik behandeln** lassen würde. Dies geschah über eine vierstufige Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten von „eindeutig nicht“ (1) bis „eindeutig ja“ (4).

Ob der Patient zum einen zufrieden mit dem **Ausmaß der erhaltenen Hilfe** und zum anderen mit der **Art der Behandlung** war, sollte in den darauf folgenden zwei Fragen (*Fragen 3 und 4*) mit einer Skala von „ziemlich unzufrieden“ (1 bzw. 4) bis „sehr



zufrieden“ (4 bzw. 1) ermittelt werden. Mit der **fünften Frage** sollte überprüft werden, in wie weit die **Klinik die Bedürfnisse** des Patienten abdeckte, so dass hier die Beantwortungsspanne von „sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen“ (1) bis „sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen“ (4) reichte.

Bei der **sechsten Frage** wurde der Teilnehmende um eine Einschätzung gebeten, ob die erhaltene **Art von Behandlung den Vorstellungen** entsprach. Dies sollte anhand einer vierstufigen Skala mit Werten von „eindeutig nicht“ (1) bis „eindeutig ja“ (4) beurteilt werden.

In der **siebten Frage** sollten die Befragten beantworten, ob sie die **Klinik im Bekanntenkreis weiterempfehlen** würden. Die Skala zur Beantwortung reichte ebenfalls von „eindeutig nicht“ (1) bis „eindeutig ja“ (4).

Mit der **achten Frage** sollte geklärt werden, ob die erhaltene Behandlung zu einer **angemessenen Problembewältigung** beigetragen habe. Dies sollte mit einer Skala von „ja, sie half eine Menge“ (1) bis „nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht“ (4) beurteilt werden.

Zusätzlich zu den acht Zufriedenheitsitems wurde eine Frage zum **subjektiven Befinden (Frage 10)** des Patienten auf einer Vier-Punkte-Skala gestellt, um einen Bezug der subjektiven Befindlichkeitsänderung zur Patientenzufriedenheit herstellen zu können. In dieser Vorstudie wurde eine von Dick und Schreiber (2002) überarbeitete und um ein weiteres Item erweiterte Version verwendet. So sollte eine Frage zur **Pflegesituation (Frage 9)** von den Befragten beurteilt werden. Dies geschah mittels einer vierstufigen Skala mit Antwortmöglichkeiten von „ja, sie half mir eine Menge“ (1) bis „nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht“ (4). Um den individuellen Erfahrungen des Patienten besser Rechnung tragen und diese bei der Qualitätsentwicklung berücksichtigen zu können, wurden am Ende des Fragebogens drei offene Fragen gestellt, bei denen der Patient **Lob, Kritik und weitere Anregungen** äußern konnte.

Für den neun Items umfassenden Fragebogen wurde von Spießl et al. (1996) eine interne Konsistenz von Cronbachs Alpha von  $\alpha = 0,90$  ermittelt. Es ergaben sich für alle Items positiv korrigierte Trennschärfekoeffizienten von  $r > 0,60$  (Mittelwert = 0,71). Die Korrelationsmatrix (Spearman-Rangkorrelationskoeffizient) zeigte jeweils hochsignifikante ( $p \leq 0,001$ ) Inter-Item-Korrelationen zwischen  $r = 0,38$  und  $r = 0,67$ . Schmidt et al. (1989) berichteten über eine interne Konsistenz von Cronbachs Alpha

von  $\alpha = 0,87$  gemessen für die 8-Item-Version. Alle korrigierten Trennschärfen lagen über  $r > 0,50$  (Mittelwert = 0,62). Die mittlere Inter-Item-Korrelation lag bei  $r = 0,45$ .

### **3.4 Ergebnisse**

#### **3.4.1 Stichprobenbeschreibung und Rücklaufquote**

Der Fragebogen wurde an alle allgemeinpsychiatrisch behandelten Patienten am letzten Tag ihres Aufenthaltes ausgeteilt (siehe auch Punkt 3.1.2). Patienten, die sich in tagesklinischer Behandlung befanden, wurden von der Studie ausgeschlossen. Eingeschlossen in die Befragung wurden alle Patienten, die sich mindestens drei Wochen in vollstationärer Behandlung befanden. Eine differenzierte Erhebung der soziodemographischen Daten der Befragten fand nicht statt.

Der Befragungszeitraum mittels ZUF-8 erstreckte sich vom 1. Januar 2002 bis 31. Dezember 2002. Insgesamt 500 Exemplare des Fragebogens wurden auf die jeweiligen psychiatrischen Stationen des Hauses verteilt. In einer Vorbesprechung wurde das Pflegepersonal gebeten, jedem Patienten, der vor der Entlassung stand, den Fragebogen auszuteilen. Die Beantwortung fand völlig anonym statt. Wie in fast allen vergleichbaren Untersuchungen zeigte sich, dass nicht alle angesprochenen Patienten den Fragebogen ausfüllten. Von den 500 verteilten Exemplaren erhielten wir 242 vollständig bzw. teilweise ausgefüllt zurück. 51 Fragebögen wurden nicht korrekt ausgefüllt. Es wurden entweder Fragen nicht beantwortet, oder mehrere Antwortmöglichkeiten angekreuzt. Diese Fragebögen fanden in der Endauswertung keine Berücksichtigung. Es verblieben demnach 191 Fragebögen, was einer Rücklaufquote von 38,2 % entspricht.

### 3.4.2 Deskriptive Itemanalyse

Abbildung 4 zeigt die deskriptiven Statistiken des ZUF-8. Zur Datenauswertung wurden alle zehn Zufriedenheitsitems einheitlich gepolt. Die bestmögliche Ausprägung wurde mit 1, die schlechteste mit 4 verrechnet.

Bei Betrachtung der Minimum- und Maximum-Werte fällt auf, dass bei allen Items die Breite der Antwortkategorien ausgenutzt wurde. Betrachtet man die Mittelwerte der einzelnen Items, stellt man fest, dass nur Antworten unter der Skalenmitte ( $< 2$ ) vorkommen (siehe Spalte „Mittelwert“ (M)). Die Schiefe-Werte zeigen, dass alle Items linkssteil verteilt sind.

Des Weiteren wird ersichtlich, dass, je nach Item, 0,8 – 7,0% der Antworten fehlten. Die Frage „Hat die Pflege, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, Ihren Alltag wieder selbst zu bewältigen?“ (Item 9) wurde beispielsweise von 17 der 242 Befragten nicht beantwortet.

Aus Tabelle 5 wird ersichtlich, dass sich für die Items 1-8 ein genereller Zufriedenheitswert von 1,58 und für die Items 1-10 von 1,54 errechnen lässt.

Tabelle 3: Deskriptive Statistik ZUF-8, Item 1-10

Item	M	SD	Minimum	Maximum	Schiefe	Schiefe SE	Exzess	Exzess SE	Anzahl gültiger Fragebögen	Anzahl nicht beantworteter Fragen
1	1,83	0,69	1,00	4,00	0,471	0,156	0,018	0,312	242	0 (0%)
2	1,42	0,58	1,00	4,00	1,174	0,157	1,091	0,313	240	2 (0,8%)
3	1,52	0,61	1,00	4,00	1,045	0,157	1,770	0,312	241	1 (0,4%)
4	1,59	0,63	1,00	4,00	0,912	0,157	1,164	0,312	241	1 (0,4%)
5	1,73	0,58	1,00	4,00	0,252	0,158	0,179	0,314	238	4 (1,7%)
6	1,74	0,62	1,00	4,00	0,556	0,159	1,068	0,317	234	8 (3,3%)
7	1,46	0,58	1,00	4,00	1,068	0,157	1,582	0,313	240	2 (0,8%)
8	1,37	0,58	1,00	4,00	1,587	0,157	2,863	0,313	240	2 (0,8%)
9	1,50	0,66	1,00	4,00	1,256	0,162	1,598	0,323	225	17 (7,0%)
10	1,28	0,51	1,00	4,00	1,843	0,161	3,742	0,321	228	14 (5,8%)

**Legende**

Item 1: Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche sie erhalten haben, beurteilen?

Item 2: Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?

Item 3: Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?

Item 4: Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?

Item 5: In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?

Item 6: Haben Sie die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollten?

Item 7: Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er /sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?

Item 8: Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?

Item 9: Hat die Pflege, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, Ihren Alltag wieder selbst zu bewältigen?

Item 10: Wie geht es Ihnen jetzt (im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme?)

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, SE = Standardfehler (\* =  $p < 0,05$ ; \*\* =  $p < 0,01$ ; \*\*\* =  $p < 0,001$ ; weder in der Schiefe noch im Exzess waren die Werte signifikant von Null verschieden)

### 3.4.3 Häufigkeitsanalyse der einzelnen Fragen

Um sich ein Bild von den Antwortverteilungen der jeweiligen Frage zu machen, erfolgt im nächsten Abschnitt eine detaillierte Darstellung.

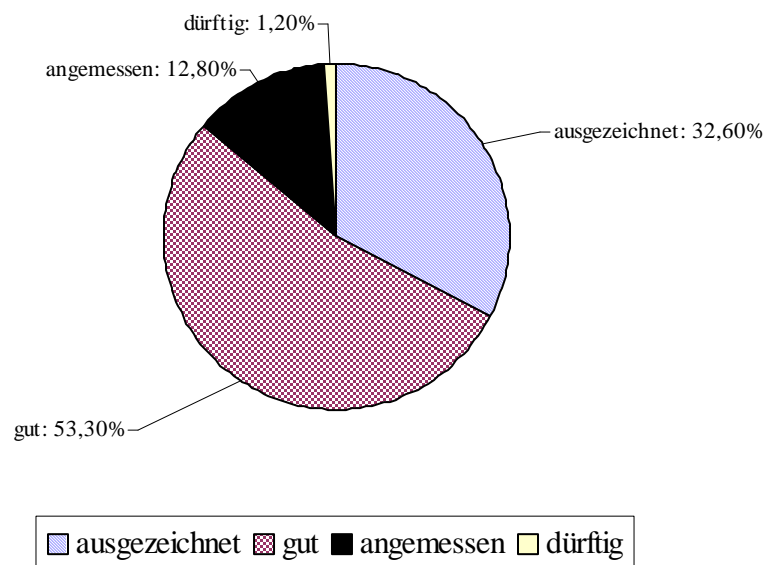
#### 1. „Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?“

Diese Frage wurde von allen Teilnehmenden beantwortet.

79 der 242 (32,6%) Befragten antworteten auf diese Fragestellung mit ausgezeichnet, 129 (53,3%) mit gut, 31 (12,8%) mit angemessen und 3 (1,2%) mit dürftig.

Abbildung 1: Frage 1 ZUF-8

**Wie würden sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?**



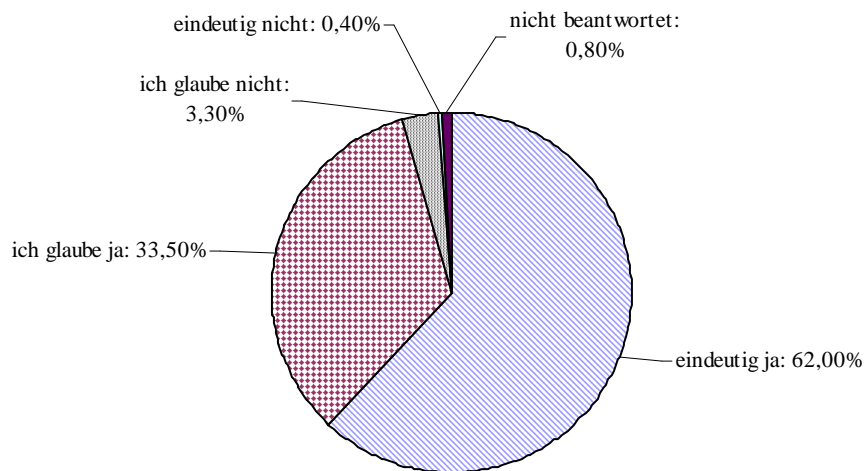
## 2. „Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?“

Diese Frage wurde von zwei Teilnehmenden (0,8%) nicht beantwortet.

150 der 242 Befragten (62,0%) antworteten auf diese Fragestellung mit „eindeutig ja“, 81 (33,5%) mit „ich glaube ja“, 8 (3,3%) mit „ich glaube nicht“ und 1 (0,4%) mit „eindeutig nicht“.

Abbildung 2: Frage 2 ZUF-8

### Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?



■ eindeutig ja ■ ich glaube ja ■ ich glaube nicht ■ eindeutig nicht ■ nicht beantwortet

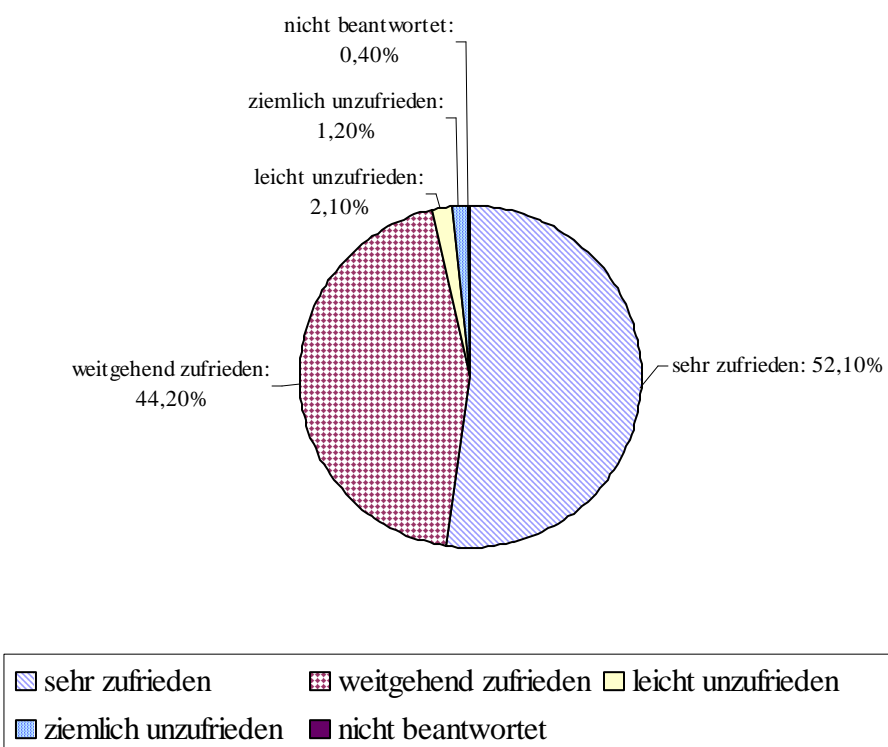
### 3. „Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie erhalten haben?“

Diese Frage wurde von einem Teilnehmenden (0,4%) nicht beantwortet.

126 der 242 Befragten (52,1%) antworteten auf diese Fragestellung mit „sehr zufrieden“, 107 (44,2%) mit „weitgehend zufrieden“, 5 (2,1%) mit „leicht unzufrieden“ und 3 (1,2%) mit „ziemlich unzufrieden“.

Abbildung 3: Frage 3 ZUF-8

Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?

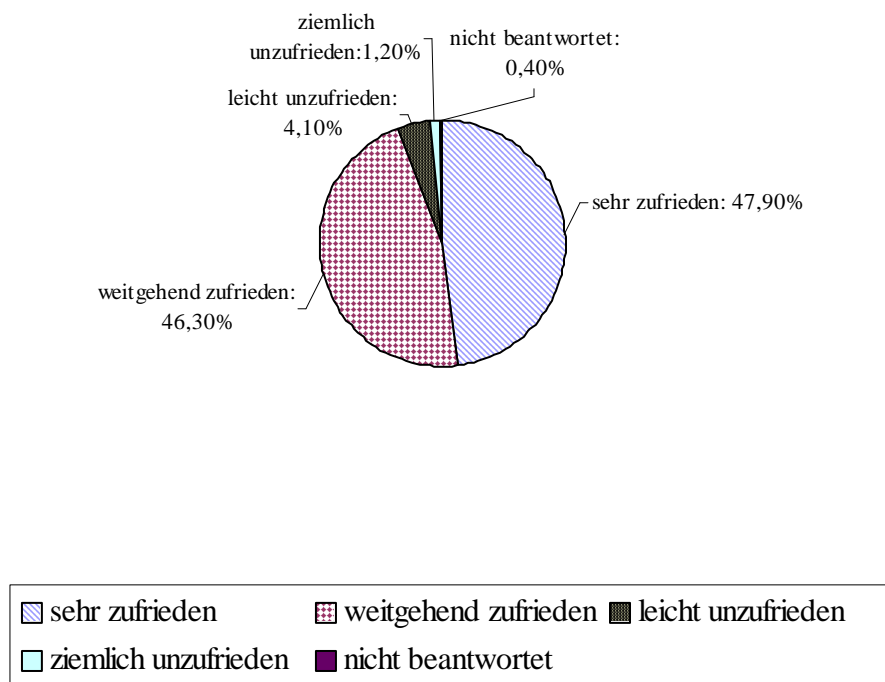


**4. „Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?“**

Diese Frage wurde von einem Teilnehmenden (0,4%) nicht beantwortet. 116 der 242 Befragten (47,9%) antworteten auf diese Fragestellung mit „sehr zufrieden“, 112 (46,3%) mit „weitgehend zufrieden“, 10 (4,1%) mit „leicht unzufrieden“, 3 (1,2%) mit „ziemlich unzufrieden“.

Abbildung 4: Frage 4 ZUF-8

**Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, welche Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?**





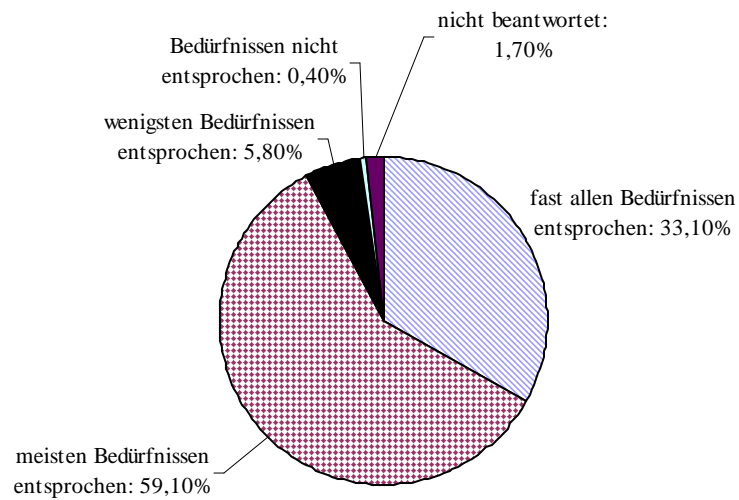
### 5. „In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?“






Diese Frage wurde von vier Teilnehmenden (1,7%) nicht beantwortet.

80 der 242 Befragten (33,1%) antworteten auf diese Fragestellung mit „sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen“, 143 (59,1%) mit „sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen“, 14 (5,8%) mit „sie hat den wenigsten meiner Bedürfnisse entsprochen“ und 1 (0,4%) mit „sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen“.

Abbildung 5: Frage 5 ZUF-8

#### In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?



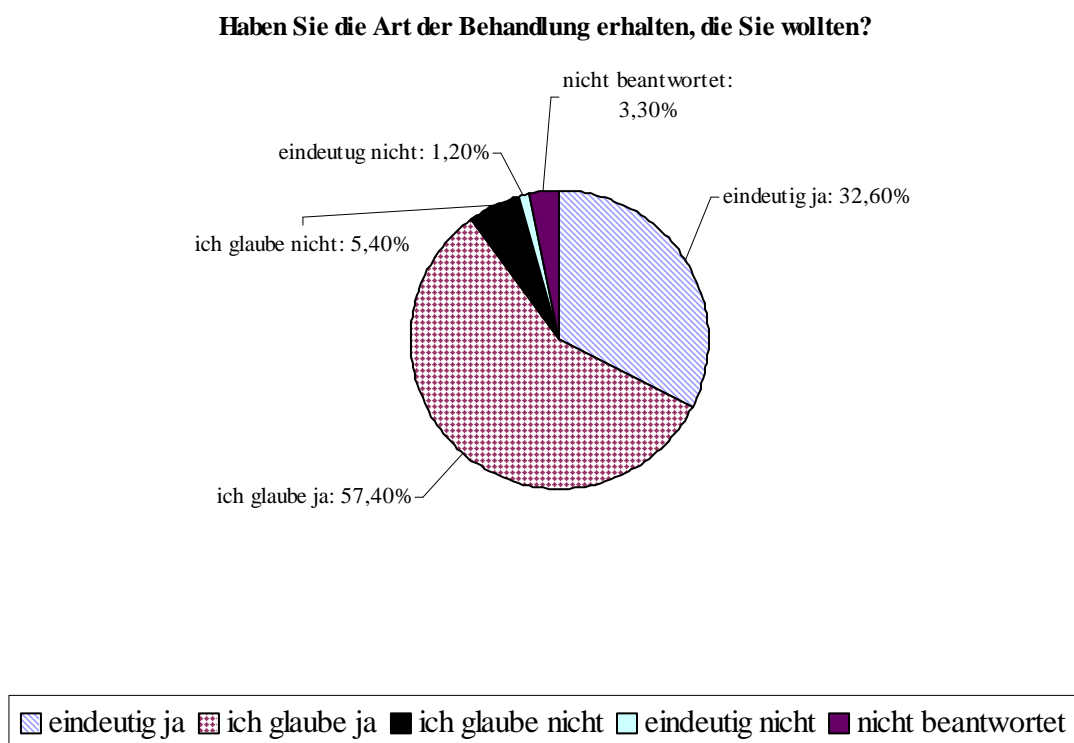
-  sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen
-  sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen
-  sie hat den wenigsten meiner Bedürfnisse entsprochen
-  sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen
-  nicht beantwortet

**6. „Haben Sie die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollten?“**

Diese Frage wurde von acht Teilnehmenden (3,3%) nicht beantwortet.

79 der 242 Befragten (32,6%) antworteten auf diese Fragestellung mit „eindeutig ja“, 139 (57,4%) mit „ich glaube ja“, 13 (5,4%) mit „ich glaube nicht“ und 3 (1,2%) mit „eindeutig nicht“.

Abbildung 6: Frage 6 ZUF-8

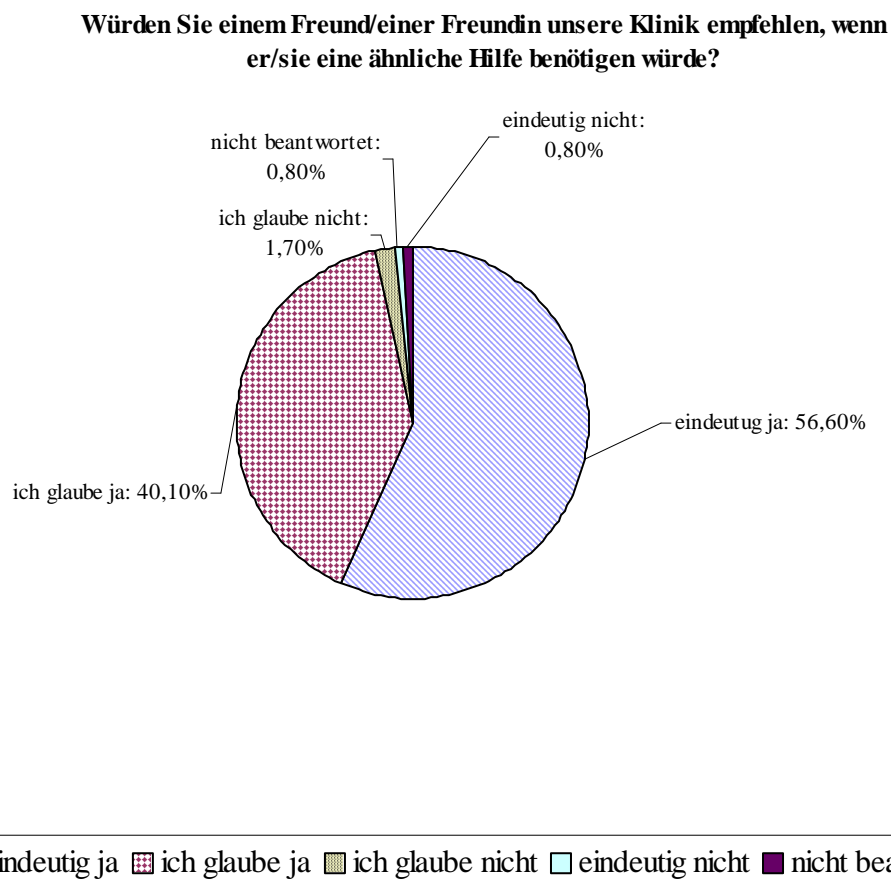


**7. „Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?“**

Diese Frage wurde von zwei Teilnehmenden (0,8%) nicht beantwortet.

137 der 242 Befragten (56,6%) antworteten auf diese Frage mit „eindeutig ja“, 97 (40,1%) mit „ich glaube ja“, 4 (1,7%) mit „ich glaube nicht“ und 2 (0,8%) mit „eindeutig nicht“.

Abbildung 7: Frage 7 ZUF-8

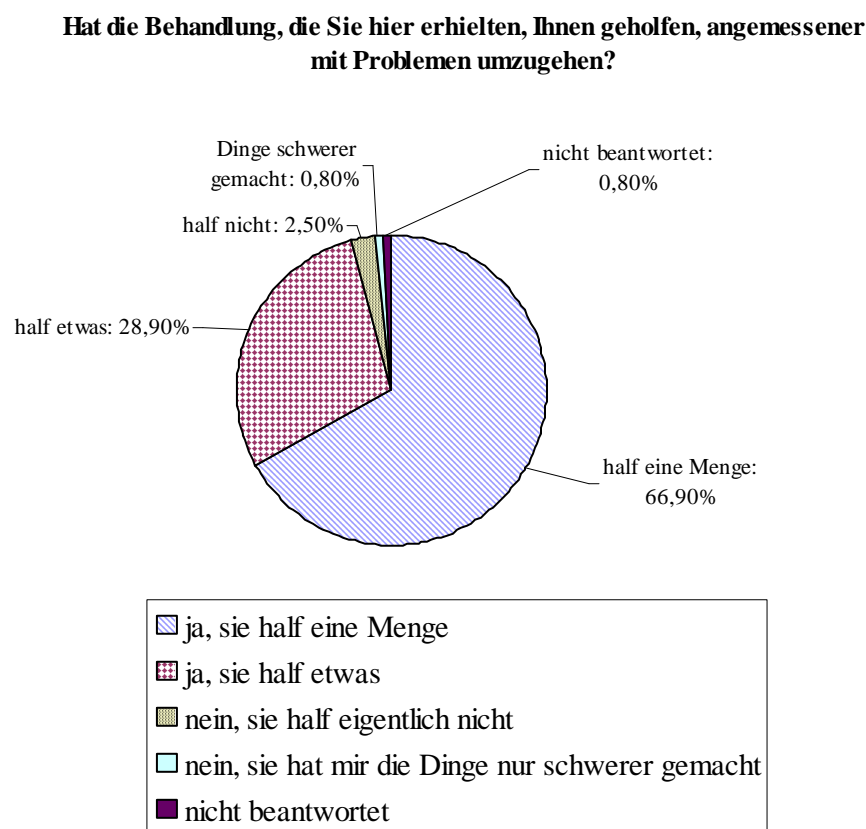


**8. „Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, angemessen mit Ihren Problemen umzugehen?“**

Diese Frage wurde von zwei Teilnehmenden (0,8%) nicht beantwortet.

162 von 242 Befragten (66,9%) antworteten auf diese Frage mit „ja, sie half eine Menge“, 70 (28,9%) mit „ja, sie half etwas“, 6 (2,5%) mit „nein, sie half eigentlich nicht“ und 2 (0,8%) mit „nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht“.

Abbildung 8: Frage 8 ZUF-8



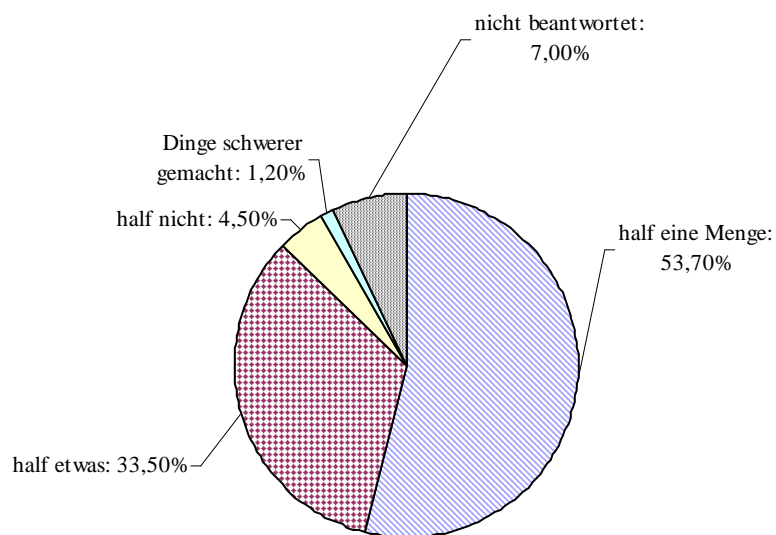
**9. „Hat die Pflege, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, Ihren Alltag wieder selbst zu bewältigen?“**






Diese Frage wurde von 17 Teilnehmenden (7,0%) nicht beantwortet.

130 der 242 Befragten (53,7%) antworteten auf diese Fragestellung mit „ja, sie half eine Menge“, 81 (33,5%) mit „ja, sie half etwas“, 11 (4,5%) mit „nein, sie half eigentlich nicht“ und 3 (1,2%) mit „nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht“.

Abbildung 9: Frage 9 ZUF-8

**Hat die Pflege, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, Ihren Alltag wieder selbst zu bewältigen?**



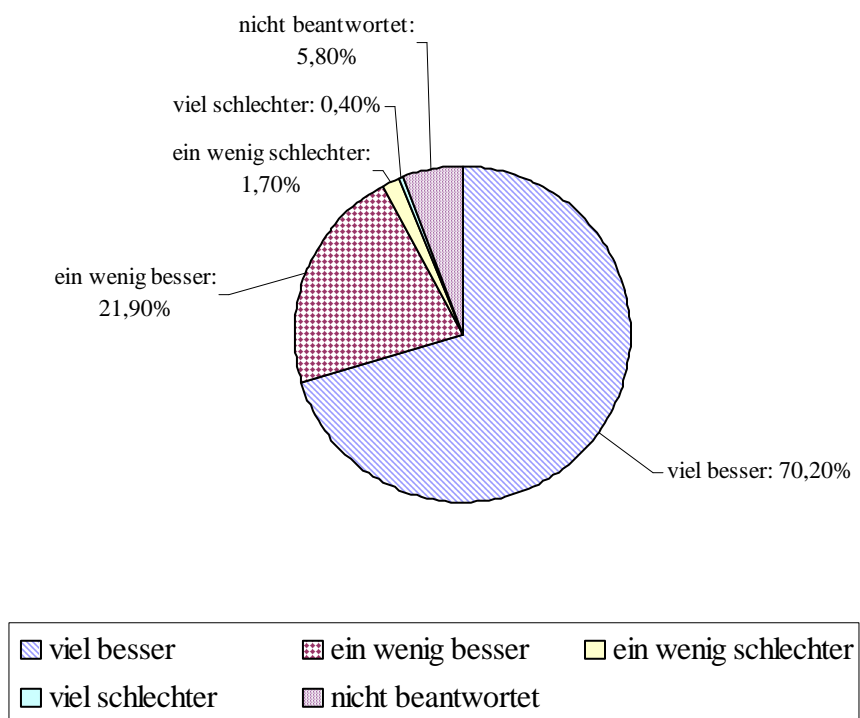
-  ja, sie half eine Menge
-  ja, sie half etwas
-  nein, sie half eigentlich nicht
-  nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht
-  nicht beantwortet

**10. „Wie geht es Ihnen jetzt (im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme)?“**

Diese Frage wurde von 14 der Teilnehmenden (5,8%) nicht beantwortet.

170 der 242 Befragten (70,2%) antworteten auf diese Frage mit „viel besser“, 53 (21,9%) mit „ein wenig besser“, 4 (1,7%) mit „ein wenig schlechter“ und 1 (0,4%) mit „viel schlechter“.

Abbildung 10: Frage 10 ZUF-8

**Wie geht es Ihnen jetzt (im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme)?**

### 3.4.4 Faktorenanalytische Ergebnisse für 10 Items

Um die Dimension des Messinstrumentes zu ermitteln, wurden in einem weiteren Schritt alle 10 Items des Fragebogens einer Faktorenanalyse unterzogen. In vorangehenden Untersuchungen wurde über eine Eindimensionalität des Instrumentes berichtet (vgl. Schmidt et al. 1989; Spießl et al. 1996). Es wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation (Diehl und Kohr 1979) durchgeführt. Zur Bestimmung der Faktorenzahl wurde das Kriterium Eigenwert  $> 1$  herangezogen. Um die Angemessenheit der Stichprobengröße für eine faktorenanalytische Untersuchung zu überprüfen, wurden die Kommunalitäten berechnet und das Kaiser-Meyer-Olkin-Maß bestimmt. Bei einer Stichprobengröße von  $N > 200$  sollten die Kommunalitäten bei mindestens  $h^2 \approx 0,50$  liegen (Bühner 2006). Dabei wiesen 9 der 10 Items eine Kommunalität auf, die bei  $h^2 \approx 0,50$  lag. Item 5 („*In welchem Maße hat unsere Klinik ihren Bedürfnissen entsprochen?*“) erfüllte nicht die Bedingung. Da es sich beim ZUF um ein etabliertes Messinstrument handelt, welches in dieser Form bereits mehrfach evaluiert sowie in der Praxis eingesetzt wurde, verblieb dieses Item in der Skala. Ein Großteil der Items zeigte außerdem eine ausreichend hohe Kommunalität, so dass von einer angemessen großen Stichprobe (insgesamt  $N = 242$ ) ausgegangen werden kann (s. Tabelle 4). Das Kaiser-Meyer-Olkin Maß war mit 0,90 größer als die Mindestanforderung von 0,60 (Bühner 2006), so dass auch hier auf eine ausreichend große Stichprobe geschlossen werden konnte und diese für eine Faktorenanalyse geeignet ist (s. Tabelle 5).

Tabelle 4: Kommunalitäten für 10 Items ZUF-8 (N = 242)

Item-Abkürzung	Anfänglich	Extraktion
1: Qualität der Behandlung	1,000	0,545
2: Wiederkommen	1,000	0,540
3: Ausmaß der Hilfe	1,000	0,461
4: Zufriedenheit mit der Behandlung	1,000	0,470
5: Klinik Bedürfnissen entsprochen?	1,000	0,338
6: Art der Behandlung	1,000	0,527
7: Empfehlung	1,000	0,527
8: Umgang mit Problemen	1,000	0,580
9: Pflege/Alltagsbewältigung	1,000	0,565
10: Wie geht es Ihnen jetzt?	1,000	0,491

Tabelle 5: KMO- und Bartlett-Test für 10 Items (N = 242)

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin		<b>0,900</b>
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	896,398
	df	45
	Signifikanz nach Bartlett	0,000

Mit der Faktorenanalyse kann ein Faktor extrahiert werden (Eigenwert = 5,04), der 50,44 % der Gesamtvarianz der zehn Items aufklärt (s. Tabelle 6). Der Screeplot zeigt graphisch ebenfalls an, dass es sich um eine Ein-Faktorlösung handelt (s. Abbildung 11). Nach dem Eigenwertkriterium zur Faktorenextraktion ergibt sich ein salienter Faktor, d.h. ein Faktor, auf dem alle Items laden (s. Tabelle 7). Wie aus Tabelle 7 ersichtlich wird, finden sich die höchsten Ladungen (0,74; 0,75; 0,76) dieses Faktors bei den Items 1 („Wie würden Sie die *Qualität der Behandlung*, welche Sie erhalten haben, beurteilen?“), 2 („Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie Hilfe bräuchten?“), 8 („Hat die *Behandlung*, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?“) und 9 („Hat die *Pflege*, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, Ihren Alltag wieder selbst zu bewältigen?“).



Abbildung 11: Screeplot zur Faktorenanalyse für 10 Items (N = 242)

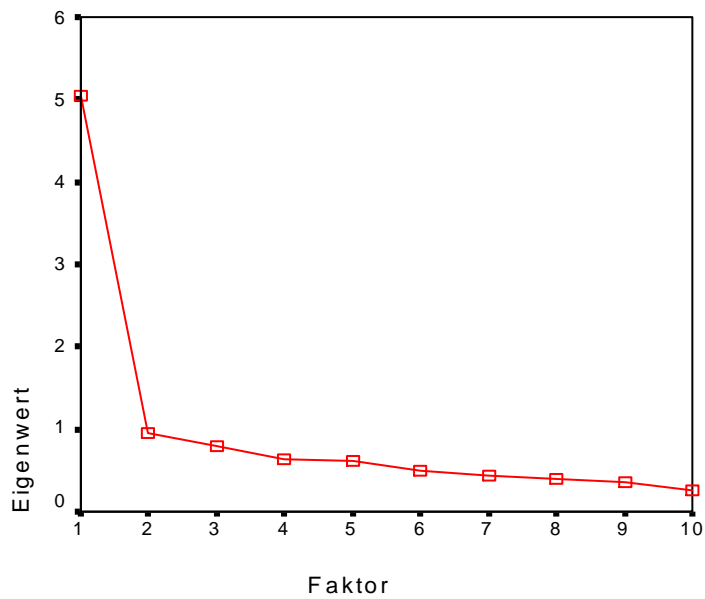


Tabelle 6: Erklärte Gesamtvarianz bei einer 1-Faktorlösung ZUF-8, Item 1-10 (N = 242)

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Rotierte Summe der Eigenwerte		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	5,044	50,437	50,437	5,044	50,437	50,437
2	0,947	9,468	59,905			
3	0,799	7,986	67,891			
4	0,632	6,323	74,214			
5	0,616	6,157	80,371			
6	0,506	5,062	85,432			
7	0,435	4,350	89,782			
8	0,406	4,064	93,846			
9	0,353	3,529	97,375			
10	0,263	2,625	100,000			

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse

Tabelle 7: Rotierte Faktorenmatrix bei einer 1-Faktorlösung ZUF-8, Item 1-10 (N = 242)

Item-Abkürzung	FA I a
1: Qualität der Behandlung	0,74
2: Wiederkommen	0,74
3: Ausmaß der Hilfe	0,68
4: Zufriedenheit mit der Behandlung	0,69
5: Klinik Bedürfnissen entsprochen?	0,58
6: Art der Behandlung	0,73
7: Empfehlung	0,73
8: Umgang mit Problemen	0,76
9: Pflege/Alltagsbewältigung	0,75
10: Wie geht es Ihnen jetzt?	0,70

FA I = Faktor 1; a = Faktorladungen

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

Eine Rotation konnte aufgrund des einen extrahierten Faktors nicht durchgeführt werden.

### 3.4.5 Faktorenanalytische Ergebnisse für 8 Items

Da sich die ursprünglichen Untersuchungen auf die 8-Item-Version des ZUF beziehen (vgl. Schmidt et al. 1989; Spießl et al. 1996), führten wir für die Items 1-8 eine gesonderte Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation durch. Zur Bestimmung der Faktorenzahl wurde auch hier das Eigenwertkriterium  $>1$  herangezogen. Für die Kommunalitäten galt die Mindestanforderung von  $h^2 \approx 0,50$  (Bühner 2006). Während 7 Items einen Wert von  $h^2 \approx 0,50$  einnahmen, zeigte sich, wie auch in der vorherigen Analyse, dass Item 5 („In welchem Maße hat unsere Klinik ihren Bedürfnissen entsprochen?“) die Bedingung nicht erfüllte (s. Tabelle 8). Das Item wurde auch hier aus den bereits genannten Gründen nicht eliminiert (s. 3.1.4.4). Das Kaiser-Meyer-Maß war mit 0,91 größer als die Mindestanforderung von 0,60 (Bühner 2006) (s. Tabelle 9), so dass auch hier von einer ausreichend großen Stichprobe (insgesamt N = 242) ausgegangen werden konnte und diese für eine Faktorenanalyse geeignet ist.

Tabelle 8: Kommunalitäten für 8 Items (N = 242)

Item-Abkürzung	Anfänglich	Extraktion
<b>1: Qualität der Behandlung</b>	1,000	0,550
<b>2: Wiederkommen</b>	1,000	0,586
<b>3: Ausmaß der Hilfe</b>	1,000	0,521
<b>4: Zufriedenheit mit der Behandlung</b>	1,000	0,515
<b>5: Klinik Bedürfnissen entsprochen?</b>	1,000	0,401
<b>6: Art der Behandlung</b>	1,000	0,570
<b>7: Empfehlung</b>	1,000	0,577
<b>8: Umgang mit Problemen</b>	1,000	0,501

Tabelle 9: KMO- und Bartlett-Test für 10 Items (N = 242)

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin		<b>0,905</b>
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	684,193
	df	28
	Signifikanz nach Bartlett	0,000

Mit der Faktorenanalyse kann ein Faktor (Eigenwert = 4,22) extrahiert werden, der 52,76 % der Gesamtvarianz aufklärt (s. Tabelle 8). Der Screeplot zeigt graphisch ebenfalls an, dass es sich um eine Ein-Faktorlösung handelt (s. Abbildung 12). Nach dem Eigenwertkriterium zur Faktorenextraktion ergibt sich ein salienter Faktor (s. Tabelle 9). Wie aus Tabelle 9 ersichtlich wird, finden sich die höchsten Ladungen (0,74; 0,76; 0,77) dieses Faktors bei den Items 1 („*Qualität der Behandlung*“), 2 („*Wiederkommen*“), 6 („*Art der Behandlung*“) und 7 („*Empfehlung*“).

Durch die beiden faktorenanalytischen Untersuchungen wird deutlich, dass das Erhebungsinstrument keine Unterscheidung zwischen unterschiedlichen Dimensionen der erhaltenen Behandlung macht. Die zuvor berichtete Ein-Dimensionalität konnte mit unseren Untersuchungen bestätigt werden (vgl. Schmidt et al. 1989; Spießl et al. 1996; Kriz et al. 2008).

Abbildung 12: Screeplot zur Faktorenanalyse für 8 Items (N = 242)

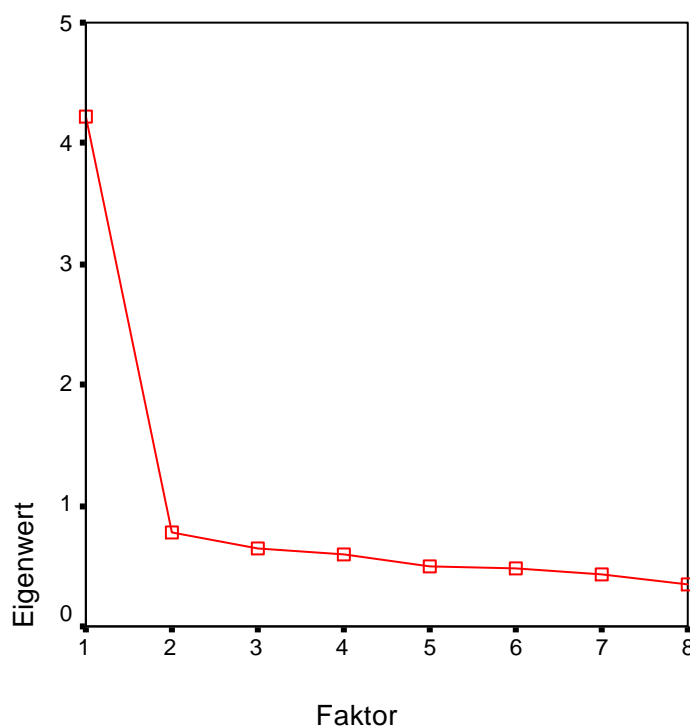


Tabelle 10: : Erklärte Gesamtvarianz bei einer 1-Faktorlösung ZUF-8, Item 1-8 (N = 242)

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Rotierte Summe der Eigenwerte		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
<b>1</b>	4,220	52,756	52,756	4,220	52,756	52,756
<b>2</b>	0,781	9,765	62,521			
<b>3</b>	0,651	8,142	70,663			
<b>4</b>	0,593	7,413	78,076			
<b>5</b>	0,497	6,218	84,293			
<b>6</b>	0,476	5,949	90,242			
<b>7</b>	0,426	5,321	95,563			
<b>8</b>	0,355	4,437	100,000			

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse

Tabelle 11: Rotierte Faktorenmatrix bei einer 1-Faktorlösung ZUF-8, Item 1-8 (N = 242)

Item-Abkürzung	FA I a
<b>1: Qualität der Behandlung</b>	0,74
<b>2: Wiederkommen</b>	0,77
<b>3: Ausmaß der Hilfe</b>	0,72
<b>4: Zufriedenheit mit der Behandlung</b>	0,72
<b>5: Klinik Bedürfnissen entsprochen?</b>	0,63
<b>6: Art der Behandlung</b>	0,76
<b>7: Empfehlung</b>	0,76
<b>8: Umgang mit Problemen</b>	0,71

FA I = Faktor 1; a = Faktorladungen

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

Eine Rotation konnte aufgrund des einen extrahierten Faktors nicht durchgeführt werden.

### 3.4.6 Reliabilitätsanalyse für die 10 Items

Die 10 Items des Fragebogens wurden einer Reliabilitätsanalyse unterzogen, um die interne Konsistenz des Erhebungsinstrumentes zu untersuchen. Für die Item-Selektion wurden die Trennschärfekoeffizienten als wichtigste Kennwerte herangezogen.

Brauchbare Items sollten in das Gesamtbild des Fragebogens passen, wobei die Selektion nach den von Diehl und Kohr (1979) und Bühner (2006) beschriebenen Richtlinien durchgeführt wurde:

- die Trennschärfekoeffizienten müssen für alle Items positiv sein,
- die Trennschärfekoeffizienten sollten in der Regel mindestens  $r_{it} \geq 0,40$  betragen.

Der Reliabilitätskoeffizient Cronbachs Alpha wies für die Gesamtskala einen Wert von  $\alpha = 0,89$  auf. Dies deutet somit auf eine gute interne Konsistenz der Skala hin (siehe Tabelle 12 Reliabilitätsanalyse ZUF-8, Item 1-10). Die Gesamtreliabilität konnte durch Löschung eines Items nicht gesteigert werden.

Die Items 1 bis 10 wiesen eine Trennschärfe zwischen  $r_{it} = 0,50$  und  $r_{it} = 0,68$  auf und waren alle positiv. Keines der Items lag unter dem kritischen Wert von  $r_{it} \geq 0,40$ . Somit zeigten alle 10 Items genügend hohe Trennschärfenkoeffizienten, so dass sich alle als brauchbar erwiesen und keines eliminiert werden musste. Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse für die Items 1-10.

Tabelle 12: Reliabilitätsanalyse ZUF-8, Item 1-10

Item	Trennschärfe $r_{it}$	Cronbachs Alpha der Skala bei Fortfall des Items $\alpha_i$
<b>1:</b> Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche sie erhalten haben, beurteilen?	0,66	0,88
<b>2:</b> Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?	0,65	0,88
<b>3:</b> Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?	0,59	0,88
<b>4:</b> Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?	0,60	0,88
<b>5:</b> In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?	0,50	0,89
<b>6:</b> Haben Sie die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollten?	0,65	0,88
<b>7:</b> Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er /sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?	0,65	0,88
<b>8:</b> Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?	0,68	0,87
<b>9:</b> Hat die Pflege, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, Ihren Alltag wieder selbst zu bewältigen?	0,67	0,88
<b>10:</b> Wie geht es Ihnen jetzt (im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme?)	0,61	0,88

Reliabilitätskoeffizient der 10 Items: Cronbachs Alpha = 0,89

### 3.4.7 Reliabilitätsanalyse für die 8 Items

Wir führten eine Itemanalyse für die Items 1-8 mit Hilfe des gleichen Verfahrens wie für die 10 Items durch. Aus früheren Untersuchungen wurde von einer internen Konsistenz zwischen  $\alpha = 0,87$  und  $\alpha = 0,94$  berichtet (vgl. Attkisson und Zwick 1982; De Brey 1983; Schmidt et al. 1989; Spießl et al. 1996).

Der Cronbachs Alpha-Koeffizient dieser Skala von  $\alpha = 0,87$  spricht für eine gute interne Konsistenz dieses Instrumentes und ist vergleichbar mit den bereits in anderen Studien ermittelten Werten (siehe Tabelle 13 Reliabilitätsanalyse ZUF-8, Items 1-8).

Der Wert verbesserte sich nicht bei Wegfall eines der 8 Items. Die Items 1 bis 8 wiesen eine Trennschärfe zwischen  $r_{it} = 0,53$  und  $r_{it} = 0,67$  auf. Alle Werte waren positiv und lagen über dem kritischen Wert von  $r_{it} \geq 0,40$ . Demnach zeigten alle Items genügend hohe Trennschärfenkoeffizienten, so dass sich alle Items als brauchbar erwiesen und keines eliminiert werden musste.

Tabelle 13: Reliabilitätsanalyse ZUF-8, Item 1-8

Item	Trennschärfe $r_{it}$	Cronbachs Alpha der Skala bei Fortfall des Items $\alpha_i$
1: Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche sie erhalten haben, beurteilen?	0,64	0,85
2: Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?	0,67	0,85
3: Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?	0,62	0,86
4: Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?	0,62	0,86
5: In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?	0,53	0,86
6: Haben Sie die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollten?	0,66	0,85
7: Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er /sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?	0,66	0,85
8: Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?	0,60	0,85

Reliabilitätskoeffizient der 8 Items: Cronbachs Alpha = 0,87

### 3.4.8 Inter-Item-Korrelationen für die Items 1-10

Die Korrelationsmatrix (Spearman-Rangkorrelationskoeffizient) zeigt jeweils sehr signifikante ( $p \leq 0,01$ ) Inter-Item-Korrelationen zwischen  $r = 0,23$  und  $r = 0,63$  wie aus Tabelle 14 ersichtlich wird.

Besonders niedrige Korrelationen finden sich zwischen den Fragen „*Wie geht es Ihnen jetzt (im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme)?*“ und „*In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?*“ mit einem Korrelationskoeffizienten von  $r = 0,23$  sowie zwischen den Fragen „*Wie geht es Ihnen jetzt (im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme)?*“ und „*Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?*“ mit einem Korrelationskoeffizienten von  $r = 0,29$  (siehe Tabelle 14). So besteht für die Patienten ein eher niedriger Zusammenhang zwischen dem jetzigen Befinden und der eigenen Bedürfnisbefriedigung sowie der Weiterempfehlung der Klinik unter Freunden.

Besonders hohe Korrelationen finden sich zwischen den Fragen „*Wie geht es Ihnen jetzt (im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme)?*“ und „*Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?*“ mit einem Korrelationskoeffizienten von  $r = 0,62$  sowie zwischen den Fragen „*Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?*“ und „*Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?*“ mit einem Korrelationskoeffizienten von  $r = 0,63$  (siehe auch Tabelle 12). Demnach besteht ein Zusammenhang zwischen dem eigenen Befinden am Ende des stationären Aufenthaltes und dem Behandlungserfolg bzw. dem Beitrag der Behandlung zur eignen Problembewältigung sowie der Weiterempfehlung der Klinik unter Freunden und dem erneuten Wiederkommen bei nochmaliger Hilfsbedürftigkeit.



Tabelle 14: Inter-Item-Korrelationen ZUF-8, Item 1-10

	1.Qualität der Behandlung	2.Wiederkommen	3.Ausmaß der Hilfe	4.Zufriedenheit mit der Behandlung	5.Klinik Bedürfnissen entsprechen	6.Art der Behandlung	7.Empfehlung	8.Umgang mit Problemen	9.Pflege/Alltagsbewältigung	10.Wie geht es Ihnen jetzt?
1.Qualität der Behandlung	1,000									
Anzahl (N)	242									
2.Wiederkommen	0,496**	1,000								
Anzahl (N)	240	240								
3.Ausmaß der Hilfe	0,399**	0,507**	1,000							
Anzahl (N)	241	239	241							
4.Zufriedenheit mit der Behandlung	0,498**	0,423**	0,515**	1,000						
Anzahl (N)	241	239	240	241						
5.Klinik Bedürfnissen entsprechen	0,395**	0,350**	0,347**	0,354**	1,000					
Anzahl (N)	238	236	237	237	238					
6.Art der Behandlung	0,465**	0,450**	0,470**	0,438**	0,413**	1,000				
Anzahl (N)	234	232	233	233	232	234				
7.Empfehlung	0,451**	0,631**	0,530**	0,439**	0,339**	0,492**	1,000			
Anzahl (N)	240	238	240	239	236	233	240			
8.Umgang mit Problemen	0,339**	0,418**	0,416**	0,381**	0,420**	0,389**	0,367**	1,000		
Anzahl (N)	240	238	239	239	236	232	238	240		
9.Pflege/Alltagsbewältigung	0,442**	0,438**	0,395**	0,413**	0,339**	0,422**	0,415**	0,604**	1,000	
Anzahl (N)	225	224	224	224	221	219	224	225	225	
10.Wie geht es Ihnen jetzt?	0,371**	0,387**	0,330**	0,362**	0,231**	0,328**	0,286**	0,615**	0,522**	1,000
Anzahl (N)	228	227	227	227	224	222	227	226	220	228

\*\* = signifikant auf einem Niveau von  $p \leq 0,01$

### 3.4.9 Auswertung der offenen Fragen

Mit den am Ende des Fragebogens gestellten drei offenen Fragen sollten die individuellen Erfahrungen der Patienten berücksichtigt werden.

Die einzelnen, teilweise sehr ausführlichen Antworten der offenen Fragen 11 „Was hat Ihnen in unserer Klinik am wenigsten gefallen?“, 12 „Was hat Ihnen in unserer Klinik am besten gefallen?“ und 13 „Welche Anmerkungen haben Sie außerdem?“ wurden auf ihren Inhalt hin überprüft. Inhaltsähnliche Aussagen wurden gebündelt, gekürzt und zu einzelnen Kategorien zusammengefasst sowie jeweils zugeordnet. Anschließend fand eine Auszählung der einzelnen Antworten statt (s. Tabelle 13 und Anhang I, Abschnitt B). Das entwickelte Kategoriensystem diente als Anhaltspunkt für die Fragengenerierung des in Studie II durchgeführten Patienteninterviews.

Tabelle 15: Kategoriensystem ZUF-8, Kurzform

Kategorie	Anzahl der Aussagen zur Frage „Was hat Ihnen in unserer Klinik am besten gefallen?“	Anzahl der Aussagen zur Frage „Was hat Ihnen in unserer Klinik am wenigsten gefallen?“	Anzahl der Aussagen zur Frage „Welche Anmerkungen haben Sie außerdem?“
1. Ärzte und Therapeuten	54 (57)	2 (2)	3 (3)
2. Pflegepersonal	76 (91)	10 (10)	1 (1)
3. Team	11 (11)	4 (4)	0 (0)
4. Therapieangebot	48 (63)	31 (36)	5 (5)
5. Medikation	2 (2)	1 (1)	0 (0)
6. Ausstattung der Räumlichkeiten und des Hauses	2 (2)	51 (54)	9 (11)
7. Gemeinschaft der Station	11 (11)	0 (0)	0 (0)
8. Essen	16 (16)	10 (10)	0 (0)

Es wurden insgesamt 347 Aussagen getroffen. Da in einigen Antworten mehrere Teilaspekte angesprochen wurden, die wiederum verschiedenen Kategorien zugeordnet werden konnten, ergab sich somit eine korrigierte Anzahl von 390 Aussagen.

Von den insgesamt 242 ausgefüllten Fragebögen nutzten 70 Patienten nicht die Möglichkeit, überhaupt eine Aussage bei den drei offenen Antwortmöglichkeiten zu treffen. Hieraus resultiert eine Gesamtzahl von 172 Fragebögen, in denen auf die offenen Fragen geantwortet wurde. 126 Aussagen betrafen die Frage „Was hat Ihnen in unserer Klinik am wenigsten gefallen?“ und 181 Aussagen auf die Frage „Was hat Ihnen in unserer Klinik am besten gefallen?“.

Auf die Frage „Welche Anmerkungen haben Sie außerdem?“ entfielen 40 Antworten von 172 Fragebögen.

Bei 70 Fragebögen wurden eine oder mehrere Anmerkungen bei mindestens einer offenen Antwortmöglichkeit formuliert. Bei 77 Fragebögen wurde die Möglichkeit genutzt, ein oder mehrere Aussagen zu zwei der drei offenen Fragen zu treffen. Insgesamt 25 Fragebögen enthielten eine oder mehrere Aussagen zu allen drei offenen Fragen.

---

Inhaltlich ließen sich die 347 bzw. 390 verschiedenen Aussagen der 172 Patienten den folgenden acht Kategorien zuordnen:

- Ärzte und Therapeuten
- Pflegepersonal
- Team
- Therapieangebot
- Medikation
- Ausstattung der Räumlichkeiten der Station und des Hauses
- Gemeinschaft der Station
- Essen

### **Kategorie 1: Ärzte und Therapeuten**

Bei der Fragestellung „*Was hat Ihnen in unserer Klinik am besten gefallen?*“ betrafen 54 von 347 bzw. 57 von 390 (korrigierte Anzahl) Aussagen (15,6 %/14,6 %) die Kategorie „Ärzte und Therapeuten“. Diese Kategorie unterteilte sich nochmals in drei Unterkategorien:

- „Die Ärzte/Therapeuten“; „die behandelnden Ärzte/die ärztliche Behandlung“
- „Eigenschaften der Ärzte/Therapeuten“
- „Einzelnennungen“

20 der 54 bzw. 20 der 57 Nennungen (37,0 %/35,1 %) entfielen auf die erste Unterkategorie.

Bei der zweiten Unterkategorie ergaben sich insgesamt 23 von 54 bzw. 24 von 57 (42,6 %/42,1 %) Nennungen. Die Eigenschaft „Kompetenz“ bzw. „gute Qualifikation der Ärzte und Therapeuten“ zählte sechs Aussagen. Die „Zuwendung der Ärzte und Therapeuten“ kam mit vier Nennungen an zweiter Stelle. Es folgten mit jeweils drei Nennungen die Eigenschaften „freundlich“, „nett“ und „ansprechbar sein“. Eigenschaften, wie „verständnisvoll“, „fürsorglich“, „einfühlsam“, „menschlich“ und „hilfsbereit“ wurden mit jeweils einer Nennung erwähnt.

Bei der dritten Unterkategorie „Einzelnennungen“ handelte es sich um namentliche Anmerkungen zu den einzelnen Ärzten und Therapeuten. Es wurden insgesamt 11 von 54 bzw. 13 von 57 Aussagen (20,4 %/22,8 %) getroffen. Hier sowie bei der Fragestellung „*Welche Anmerkungen haben sie außerdem?*“ wurden die „fachliche Kompetenz“, die „Menschlichkeit“ und das „Verständnis für die Situation des Patienten“ erwähnt.

Die Fragestellung „*Was hat Ihnen in unserer Klinik am wenigsten gefallen?*“ zählte zwei Nennungen. So wurde zum einen die Unzufriedenheit in Bezug auf die Unpünktlichkeit eines Therapeuten einmalig erwähnt, ein anderer Patient beschwerte sich über die für ihn unzureichende ärztliche Betreuung.

## Kategorie 2: Pflegepersonal

76 von 347 bzw. 91 von 390 Aussagen (21,9 %/23,3 %) betrafen die Kategorie „Pflegepersonal“ bei der Fragestellung „*Was hat Ihnen in unserer Klinik am besten gefallen?*“. Dieses Feld wurde nochmals in fünf Untergruppen unterteilt:

- Pflegepersonal
- Eigenschaften des Pflegepersonals
- Die Betreuung/Behandlung durch das Pflegepersonal
- Gespräche mit dem Pflegepersonal
- Einzelnennungen

Bei der Untergruppe „Pflegepersonal“ wurden insgesamt 14 von 76 bzw. 14 von 91 Nennungen (18,4 %/15,4 %), bei der Untergruppe „Eigenschaften des Pflegepersonals“ 46 von 76 bzw. 59 von 91 Aussagen (60,5 %/64,8 %) getroffen.

13 der insgesamt 59 Nennungen (22,0 %) betrafen die Eigenschaft „die nette Art des Pflegepersonals“ bei der Fragestellung „*Was hat Ihnen in unserer Klinik am besten gefallen?*“.

Es folgten die Eigenschaften „freundlich“ und „kompetent/qualifiziert/gut“ mit jeweils acht Nennungen (13,6 %). Die nächste Eigenschaft, mit sechs von 59 Aussagen (6,6 %), war die „Ansprechbarkeit des Pflegepersonals für die Patienten“ bzw. „ein offenes Ohr für die Probleme der Patienten zu haben“. Mit jeweils vier von 59 Nennungen (6,7 %) wurden die „liebvolle“ bzw. „einfühlsame Art“ sowie die „Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals“ genannt. „Verständnisvoll“ und „engagiert sein“ sowie „Zuwendung gegenüber den Patienten zeigen“, wurden mit jeweils drei Nennungen (5,1%) erwähnt.

Es folgten die Eigenschaften „fürsorglich, menschlich bzw. partnerschaftlich“ mit jeweils zwei Aussagen (2,2 %). Mit jeweils einer Nennung (1,7 %) wurden abschließend die Eigenschaften „interessiert“, „herzlich“ und „geduldig“ erwähnt.

9 der 46 bzw. 9 der 59 Aussagen (11,8 %/9,9 %) betrafen die Unterkategorie „Die Betreuung bzw. die Behandlung durch das Pflegepersonal hat mir in der Klinik am besten gefallen.“

In der Untergruppe „Gespräche mit dem Pflegepersonal“ wurden vier von 46 bzw. 4 von 59 Aussagen (8,7 %/6,8 %) und bei der letzten Unterkategorie „Einzelnennungen“ drei von 46 bzw. fünf von 59 (6,5 %/8,5 %) gezählt.

Zur Kategorie Pflegepersonal bei der Frage „*Was hat Ihnen in unserer Klinik am wenigsten gefallen?*“ wurden insgesamt 10 Aussagen getroffen.

Ein Patient fühlte sich z. B. von einem Teil des Pflegepersonals nicht richtig verstanden und bemängelte, dass er wie ein kleines Kind behandelt worden sei.

Ein anderer Patient beschwerte sich wiederum über den nicht angemessenen Ton des Pflegepersonals ihm gegenüber.

Ein weiterer Kritikpunkt, der geäußert wurde, war das mangelnde Interesse sowie der kühle Umgangston des Pflegepersonals, welches kaum kooperativ sei und sich starr auf die jeweiligen Anordnungen fixiere. Ein Patient beschwerte sich über das ihm teilweise sehr unfreundlich erscheinende Pflegepersonal. Dieser Kritikpunkt wurde nochmals von einem anderen Patienten aufgegriffen, der sich zu Beginn seines Aufenthaltes mehr Freundlichkeit seitens einiger Pfleger gewünscht hätte.

Weitere Aussagen betrafen das „autoritäre Verhalten von einigen Pflegekräften“, die „mangelnde Zuwendung des Pflegepersonals“ sowie den „gewöhnungsbedürftigen Umgang mit den Pflegern und Schwestern“. Es folgten abschließend zwei weitere negative Punkte. So war ein Patient unzufrieden mit bestimmten Prinzipien, wie z. B. „die Pünktlichkeit, die ohne Ansicht des Einzelfalles betont wurde, ohne dass sich das Personal selbst daran gehalten hätte“. Ein anderer Patient vermisste entsprechende Erläuterungen von Seiten der Pflegekräfte zu Beginn seines Aufenthaltes, wie z. B. der Tagesablauf eines Patienten aussieht oder wo sich die sanitären Anlagen der Station befinden.

Bei der Fragestellung „*Welche Anmerkungen haben Sie außerdem?*“ wurde zum Bereich „Pflegepersonal“ lediglich eine Nennung getroffen.

Bei dieser Anmerkung kritisierte ein Patient das Pflegepersonal in der Form, dass „die Schwestern und Pfleger nicht eine Haltung von den Patienten fordern sollten, die sie selbst nicht vorlebten“.

### Kategorie 3: Team

11 der 347 bzw. 11 der 390 Aussagen (3,2 %/2,8 %) betrafen die Kategorie „Team“, wobei hier an oberster Stelle mit vier Nennungen bei der Frage *„Was hat Ihnen in unserer Klinik am besten gefallen?“* die „Organisation der Station“ sowie die „Zusammenarbeit zwischen den Ärzten, Therapeuten, Pflegern und Schwestern“ erwähnt wurde.

Mit drei Nennungen wurde das Stationsteam allgemein als positiv bewertet. Es folgten mit jeweils einer Aussage, Nennungen, wie „die angenehme und lockere Atmosphäre innerhalb des Teams“, „ein motiviertes Behandlungsteam“, „die liebevolle Zuwendung“ und „die Gespräche vom gesamten Team“ sowie, dass die Gesamtbetreuung als sehr gut empfunden wurde.

Bei der Frage *„Was hat Ihnen in unserer Klinik am wenigsten gefallen?“* wurden zu dieser Kategorie insgesamt vier Nennungen getroffen. Zwei dieser vier Aussagen betrafen den Kritikpunkt, dass auf der jeweiligen Station sehr große Hektik oder Unruhe herrsche.

Ein anderer Patient beschwerte sich über das Stationsteam in der Art, dass gelegentlich etwas Verwirrung durch sehr unterschiedliche Aussagen von Therapeuten und Pflegepersonal entstanden sei und es so zu Mängeln in der Informationsweiterleitung innerhalb des Teams gekommen wäre. Eine ähnlich negative Aussage, die von einem Patienten zu dieser Kategorie getroffen wurde, war seine Beschwerde darüber, dass „die linke Hand nicht wisse, was die rechte mache“.

Es wurden zu diesem Bereich keine Anmerkungen getroffen.

#### **Kategorie 4: Therapieangebot**

Bei der Fragestellung „*Was hat Ihnen in unserer Klinik am besten gefallen?*“ betrafen 48 von 347 bzw. 63 von 390 Aussagen die Kategorie „Therapieangebot“.

11 dieser Nennungen wurden allein zum Bereich „Ergotherapie“ getroffen. 10 positive Antworten wurden allgemein zum „Sportprogramm“ bzw. zum „Sport“ geäußert. Bei fünf Aussagen kam die Zufriedenheit der Patienten mit der Auswahl und der Abwechslung innerhalb des gesamten Therapieangebotes zum Ausdruck.

Es folgten die „Bewegungstherapie“, die „Entspannungsübungen“ sowie die „Gespräche“ mit jeweils drei Nennungen. Der „Oasedienst“, die „Gymnastik“ und die „Depressionsgruppe“ wurden mit jeweils zwei Aussagen erwähnt.

14 Nennungen mit jeweils einer Aussage betrafen die Bereiche: „Außenaktivitäten“, „Massage“, „Boxtraining“, „Selbstverteidigung“, „Bewegungsbad“, „Hockertherapie“, „Joggen gehen“, „Psychoedukation“, „Einzeltherapie“, „Gruppentherapie“, „Tischdienst“, „Die Kommunität“, „Der Grillabend“ sowie, dass geäußerte Wünsche bezüglich der Tagesgestaltung akzeptiert wurden.

Eine Unterkategorie mit 8 von 48 bzw. 8 von 63 Aussagen (16,6 %/12,7 %) betraf die Rubrik der „Einzelnennungen“.

So wurde zum einen das Sportprogramm einer Ergotherapeutin mit drei Nennungen gelobt, aber auch die „Einzelbewegung“ sowie die „Beschäftigungstherapie“ wurden mit jeweils einer Aussage positiv bewertet. Des Weiteren wurde die Verhaltenstherapie eines Therapeuten mit zwei Angaben sowie die Gespräche mit einem anderen Therapeuten mit einer Aussage als gut empfunden.

31 von 347 bzw. 36 von 390 Aussagen (8,9 %/9,2 %) wurden zu dieser Kategorie auf die Frage, was den Patienten am wenigsten in der Klinik gefallen habe, getroffen.

Davon bezogen sich insgesamt acht Nennungen auf den Unterpunkt „zu wenig Gespräche“. Drei Aussagen verdeutlichten die Unzufriedenheit der Patienten, dass zu wenig Zeit für Gespräche vorhanden gewesen wäre. Es folgten die Aussagen mit jeweils zwei Nennungen „zu wenig Sport“, „Bewegungstherapie“, „Frühsport/Gymnastik“, sowie „Eutonie“.

Aussagen mit jeweils einer Nennung waren: „schlechter Sport“, „zu wenig Zeit vom behandelnden Arzt“, „keine Gestaltungstherapie in einer Gruppe“, „zu wenig Spiele“, zu wenig Freizeitangebote“, „Selbstverteidigung“, „Ergotherapie“, „Dienstagsgruppe“,



„Verspätung der Visite“, „Terminverschiebung“, „die Außenaktivitäten“, „zu eng gelegte Termine“, „Zu wenig Programmangebote“, „Therapieplan wurde nicht eingehalten.“, „Tagesablauf, z. B. Frühstück vor dem Frühsport“, „feste Fernsehzeiten“ und „zu wenig Ausgang“.

Fünf offene Aussagen, die den Bereich des „Therapieangebotes“ betrafen, wurden zu der Fragestellung „Welche Anmerkungen haben Sie außerdem?“ getroffen.

Dabei wurde zum einen die nicht genügend große Auswahl innerhalb des Sportprogramms bemängelt, zum anderen der Vorschlag unterbreitet, die gemeinsamen Außenaktivitäten in mehrere Gruppen aufzuteilen, um mehr Rücksicht auf ältere und gehbehinderte Mitpatienten nehmen zu können. Dass sich die Therapeuten und Ärzte mehr Zeit für Gespräche nehmen und nicht alles nach „Schema F abfertigen“ sollten, wurde mit ebenfalls einer Aussage kritisiert.

Ein Patient äußerte sich positiv über das ihm insgesamt gut erscheinende Therapieprogramm, ein anderer empfand die „Stationsgruppe“ als sehr wichtig.

### **Kategorie 5: Medikation**

Zwei von 347 bzw. zwei von 390 Aussagen (0,6 %/0,5 %) bezogen sich bei der Frage: „*Was hat Ihnen in unserer Klinik am besten gefallen?*“ auf die Kategorie „Medikation“.

In diesem Bereich betraf eine Nennung (0,3 %/0,3 %) die Fragestellung „*Was hat Ihnen in unserer Klinik am wenigsten gefallen?*“.

Ein Patient beschwerte sich hier über die fortlaufende Erhöhung der Medikation.

Ansonsten wurden zu dieser Kategorie keine Anmerkungen getroffen.

### **Kategorie 6: Ausstattung der Räumlichkeiten der Station und des Hauses**

Die nächste Kategorie bezog sich auf den Bereich „Ausstattung der Räumlichkeiten der Station und des Hauses“.

Bei der Frage „*Was hat Ihnen in unserer Klinik am besten gefallen?*“ wurde mit einer Aussage die Zufriedenheit über das Zimmer geäußert, mit einer anderen die Ausstattung der Station als positiv bewertet, so dass sich hier eine Gesamtzahl von zwei Nennungen (0,6 %/0,5 %) ergab.

Bei der Fragestellung „*Was hat Ihnen in unserer Klinik am wenigsten gefallen?*“ wurden 51 von 347 bzw. 54 von 390 Nennungen (14,7 %/13,8 %) getroffen.

Mit neun Antworten die „Innenausstattung der Zimmer“ bzw. des „Aufenthaltsraumes“ bzw. des „Entspannungsraumes“ kritisiert. Diese seien entweder nicht komfortabel genug oder würden eine kühle Atmosphäre erzeugen.

Mit sieben Aussagen wurde die „Anzahl der Duschen“ bemängelt, gefolgt mit fünf Aussagen, die sich auf die „Toilettenanzahl“ bzw. auf die „Toiletten allgemein“ bezogen.

Der Wunsch der Patienten nach 3-Bett-Zimmern kam mit ebenfalls fünf Nennungen zum Ausdruck.

Mit vier Aussagen wurde der allgemeine Zustand der sanitären Anlagen beanstandet („Schimmel in der Dusche“, „verstopfte Dusche“, „Dusche defekt“).

Mit weiteren vier Nennungen bemängelten Patienten, dass sie zu wenig Privatsphäre hätten.

Jeweils drei Nennungen bezogen sich zum einen auf den Zustand und die Anzahl der Telefone („zu wenig Telefone“, „Telefone defekt“), zum anderen beschwerten sich Patienten über die Bauarbeiten innerhalb des Hauses und den damit verbundenen Lärm.

Jeweils zwei Patienten bedauerten es, dass es keine Cafeteria im Haus gäbe und keinen separaten Aufenthalts-/Fernsehraum. Ebenfalls zwei Patienten beklagten sich über die mangelnde Sauberkeit.

Es folgten für diesen Bereich die Einfachnennungen, wie „kein Fernseher auf dem Zimmer“, „keine Möglichkeit, kleinere Einkäufe zu tätigen (z. B. aktuelle Tageszeitungen)“, „der Fahrstuhl“, „Waschmaschine defekt“, „Bilder auf der Station sind schrecklich“, „bei Hitze schlechte Luft in den Zimmern“ und „der Ergotherapieaum ist zu klein“.

9 von 347 bzw. 11 von 390 Aussagen (2,6 %/2,8 %) wurden zu der Kategorie im Feld „*Welche Anmerkungen haben Sie außerdem?*“ geäußert.

So kamen Vorschläge von einzelnen Patienten, dass man die Ausstattung der Station verbessern und wohnlicher gestalten könnte, einen Besucherraum oder einen Ruheraum schaffen sollte sowie einen Kaffeeautomaten mitten in die Klinik aufstellen könnte.

Kritikpunkte, wie „nur ein Telefon innerhalb der Klinik ist zu wenig“, „Waschmaschine defekt“, „Ergotherapieaum zu klein und schlecht ausgestattet“ sowie „Die Station braucht eine Renovierung, ein Musikinstrument und der Ergotherapieaum muss mehr Platz haben und größere Möglichkeiten bieten, um nachmittags etwas basteln zu können!“ oder der Wunsch nach 2-Bett-Zimmern im gesamten Klinikum wurden hier erneut aufgegriffen.

Des Weiteren wurde die Situation der Außenanlagen bemängelt, die sehr ungepflegt und dort befindliche Sitzgelegenheiten in einem schlechten Zustand seien.

Ein Patient bemängelte das Fehlen der geeigneten Räumlichkeiten für Patienten, die Raucher seien.

### **Kategorie 7: Gemeinschaft der Station**

11 von 347 bzw. 11 von 390 Aussagen (3,2 %/2,8 %) bezogen sich auf die Kategorie „Gemeinschaft der Station“ bei der Frage „*Was hat Ihnen in unserer Klinik am besten gefallen?*“.

Fünf dieser elf Nennungen betrafen allgemein den Punkt „Die Gemeinschaft der Station“.

Vier Patienten bewerteten den Kontakt zu Mitpatienten als positiv, ein Patient empfand seine Mitpatienten als sehr nett. Mit ebenfalls einer Nennung wurde der gemeinsame Tisch erwähnt.

Weder bei der Fragestellung „*Was hat Ihnen in unserer Klinik am wenigsten gefallen?*“ noch bei der Frage „*Welche Anmerkungen haben Sie außerdem?*“ wurden Aussagen getroffen.

**Kategorie 8: Essen**

16 der 347 bzw. 16 der 390 Aussagen (4,6 %/4,1 %) bezogen sich bei der Frage, was den Patienten am besten in der Klinik gefallen habe, auf die Kategorie „Essen“.

15 dieser 16 Nennungen bewerteten das Essen allgemein als positiv, eine bezog sich auf die Küche („Die Küche war super.“).

Zur gegenläufigen Fragestellung wurden 10 von 347 bzw. 10 von 390 Nennungen (2,9 %/2,6 %) getroffen.

Hier wurde jeweils einmal das „Essen“ bzw. das „Abendessen“ kritisiert.

Andere Patienten beschwerten sich über das „wenige Essen“, das „schlechte Essen“ oder die „Portionsgröße der Mahlzeiten“.

Weitere Kritikpunkte waren die „eingeschränkten Essenszeiten“, dass das Essen nicht so geliefert wurde, wie es von den Patienten bestellt war oder dass der Chefkoch im Rahmen seiner finanziellen Möglichkeiten keine Ideen gehabt habe.

Ein muslimischer Patient bedauerte, die für ihn als Moslem zu geringe Essensauswahl.

Es wurden zu dieser Kategorie keine Anmerkungen getroffen.

### **3.5 Diskussion & praktische Konsequenzen**

Seit sich der Begriff „Patient“ hin zum „Nutzer“ erweitert hat und um diesen wiederum immer stärker konkurriert bzw. geworben wird, erlangen Patientenzufriedenheitsbefragungen auch im deutschen Gesundheitswesen einen höheren Stellenwert. Diese Befragungen dienen insbesondere der Bewertung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, stammt ein Großteil der durchgeführten und publizierten Studien zur Patientenzufriedenheitsmessung aus dem angloamerikanischen Raum. Überblicksabhandlungen von Kalman (1983), Lebow (1982) oder Weinstein (1979) dokumentieren die Ergebnisse von über 100 durchgeführten Untersuchungen. Im Mittelpunkt dieser Forschung stehen die Fragen, wie Patienten psychiatrische Behandlungen bzw. Institutionen global und differenziert bewerten, welchen Zusammenhang diese Bewertungen mit soziodemographischen und psychopathologischen Merkmalen aufweisen, und in welcher Weise die Sicht der Patienten für eine Evaluation und Optimierung psychiatrischer Einrichtungen relevant sein kann (Gruyters, Priebe 1992). Demgegenüber liegen, trotz verstärkter Bemühungen der Einbeziehung und Erfassung der Patientensichtweise, nur wenige Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum zur Behandlungsbewertung vor. Während die meisten Untersuchungen Mitte der 70er bis Mitte der 80er Jahre im englischsprachigen Raum stattfanden, flauten danach die Erhebungen ab, möglicherweise verursacht durch die zahlreichen methodischen Probleme, die durch die Befragungen deutlicher zum Vorschein kamen. Einige dieser methodischen Probleme werden in Zusammenhang mit der Diskussion der Ergebnisse näher beleuchtet, da sie möglicherweise einen Einfluss auf die Interpretierbarkeit der Befragungsergebnisse mittels ZUF-8 sowie des speziellen Fragebogens der dritten Studie zeigen.

#### **3.5.1 Rücklaufquote**

Wie in fast allen vergleichbaren Untersuchungen zeigte sich, dass nicht alle angesprochenen Patienten den Fragebogen, der ihnen am Ende ihres Aufenthaltes durch das jeweilige Pflegepersonal ausgehändigt wurde, ausfüllten. Die gesamte Rücklaufquote lag bei 38,2 %. Dieses Ergebnis liegt weit unter den zuvor ermittelten Rücklaufdaten in anderen Erhebungen. In der Studie von Schmidt et al. (1989) lag die Quote bei knapp 80 %, bei Spießl et al. (1996) lag die Beantwortungsrate bei ca. 45 %.

Mit der von Lebow (1983) genannten durchschnittlichen Quote von 82 % ist das Ergebnis dieser Studie leider nicht vergleichbar.

Diese niedrige Rücklaufquote könnte zum einen die evtl. mangelnde Motivation oder zum anderen die Unzufriedenheit z.B. mit der erhaltenen Therapie der Befragten widerspiegeln, an einer solchen Befragung überhaupt teilzunehmen. Des Weiteren könnte die Nervosität einiger Patienten am Entlassungstag dazu beigetragen haben, dass sie die Beantwortung in der Hektik vergaßen oder aufgrund einer bestimmten psychischen Erkrankung (z.B. Schizophrenie mit Wahnvorstellungen) an diesem Tag nicht dazu in der Lage waren.

Von Seiten des Pflegepersonals könnte die Ausgabe des Fragebogens am Entlassungstag entweder zu spät oder gar nicht erfolgt sein. Mangelnde Nachfrage, ob Patienten den Fragebogen überhaupt erhielten oder die Erinnerung an die Teilnahme durch das Pflegepersonal, könnten ebenfalls zu dieser niedrigen Rücklaufquote beigetragen haben. Des Weiteren führte eine evtl. Arbeitsüberlastung mit z. B. mehreren Entlassungen gleichzeitig oder der neben einer Entlassung zu erledigende Stationsalltag zu einem Vergessen der Austeilung des Fragebogens von Seiten des Pflegepersonals.

Globale Fragen, die von Experten generiert wurden und die durch mangelnde Einbeziehung der Patientensicht die erlebte Behandlung nicht so widerspiegeln, wie Patienten sie wirklich erlebten, erschweren sicherlich eine exakte Beantwortung und könnten einen weiteren Grund für die niedrige Rücklaufquote darstellen.

Kontrovers wird der Einfluss des Befragungsortes und des Zeitpunktes auf die Patientenzufriedenheit sowie dessen Auswirkung auf die Rücklaufquote diskutiert. In einer Studie von Walker wurde ein Unterschied der Patientenzufriedenheit zu verschiedenen Zeitpunkten nach Beendigung eines Krankenhausaufenthaltes verneint (Walker 1984). In einer Studie von Roberts jedoch wurde eine deutliche Verminderung der Patientenzufriedenheit festgestellt, je länger ein Krankenhausaustritt zurücklag (Roberts, Tugwell 1987).

Laut Trojan (Trojan 1998) scheint der geeignetste Zeitpunkt für eine Befragung zwischen vier und sechs Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt zu liegen, um die Problemsensitivität zu erhöhen. Über Verfälschungen durch sehr weit nach dem Krankenhausaufenthalt liegende Befragungen liegen ihm seines Wissens keine empirischen Ergebnisse vor. Seiner Meinung nach erscheint es jedoch sozialpsychologisch am plausibelsten, dass diese Befragungen zu einem positiveren Bild der Qualität führen, als dies kurz nach dem Aufenthalt der Fall wäre.

Gruyters und Priebe (Gruyters, Priebe 1994) konstatierten, dass es von erheblicher Bedeutung sei, ob eine Befragung am Anfang, Ende oder im Anschluss an eine Behandlung erfolgen würde. Sie stellten fest, dass der Erhebungszeitpunkt in dem Sinne eine Rolle spiele, dass sich Meinungen und Bewertungen intraindividuell mehr oder minder stark und schnell ändern können. In den meisten Untersuchungen wurden die Patienten in unterschiedlichsten Behandlungsabschnitten befragt, ohne dass dies bei der jeweiligen Auswertung der Studien reflektiert wurde.

Eine andere Schwierigkeit, die bei der Erhebung der Patientenzufriedenheit auftritt und eng mit dem zuvor aufgegriffenen Aspekt zusammenhängt, liegt in der Zusammenstellung bzw. der Auswahl der Patienten, die für die entsprechende Befragung eigentlich eine repräsentative Gruppe darstellen sollen.

Besonders bei amerikanischen Studien, bei denen Patienten aus dem gemeindepsychiatrischen Setting befragt wurden, findet man sehr heterogene Patientenpopulationen mit den unterschiedlichsten Vorerfahrungen und psychischen Störungen.

Enge Zusammenhänge bestehen hierbei auch zwischen der Stichprobenselektion, des Erhebungszeitpunktes und der „Nonresponder“: Inwieweit nahmen an derartigen Befragungen nur Patienten teil, die sowieso schon sehr compliant und positiv zur Behandlung eingestellt waren? Erstreckt sich die Behandlungsdauer über mehrere Wochen oder Monate, so kann die Anzahl derjenigen, die die Behandlung vorzeitig abbrechen, höher liegen, als dies eventuell bei kürzeren Aufenthaltszeiten der Fall wäre. Außerdem brechen unzufriedene Patienten eher eine Behandlung ab, als dies bei zufriedenen Patienten der Fall ist, so dass diese aus der Befragung herausfallen, wenn der Erhebungszeitpunkt für die Befragung z. B. am Ende einer Therapie liegt. Dies führt unweigerlich zu einer Verzerrung des Befragungsergebnisses, da fast nur zufriedene Patienten an der Befragung teilnehmen. Findet eine Befragung auf der anderen Seite schon kurz nach dem Beginn einer Therapie statt, um den Verlust der oben beschriebenen Patientengruppe zu verhindern und eine Verzerrung des Ergebnisses zu minimieren, haben womöglich die Patienten noch nicht das gesamte Programm der jeweiligen Station kennen gelernt und können sich noch kein umfassendes Urteil bilden. Um dieser Problematik zu entgehen, wurden einige Befragungen nach Beendigung einer Therapie durchgeführt. Auf diese Weise sollten alle Patienten, auch diejenigen, die eine Therapie frühzeitig abbrechen, erfasst werden. Dadurch, dass aber z. B. nur zugesandte

Fragebögen als Erhebungsart eingesetzt wurden, um die Kosten zu minimieren, wurde man mit einem neuen Problem konfrontiert. Die Rücklaufquoten dieser Befragungen lagen oftmals unter 35 % (vgl. Larsen, Attkisson 1979). Außerdem stieß man gleichzeitig wieder auf das Ausgangsproblem: Vielleicht beantworteten nur zufriedene Patienten den zugesandten Fragebogen, während unzufriedene diesen gar nicht erst zurückschickten.

Eine andere Möglichkeit, die von Larsen et al. (1979) zur Minimierung der Stichprobenverzerrung vorgeschlagen wurde, ist die Befragung z. B. nach einer Woche Aufenthalt durchzuführen. Die Patienten haben schon einen Einblick in den Stationsablauf und in das Therapieangebot erhalten und zusätzlich erstreckt sich die Stichprobe auch auf diejenigen, die eventuell die Behandlung frühzeitig beenden wollen oder bei späteren Befragungen womöglich den Befragungszeitpunkt verpasst hätten.

In der vorliegenden Arbeit entschieden wir uns bei beiden Befragungen, die Fragebögen am letzten Tag der Behandlung auszuteilen. Für das Procedere einer schriftlichen Befragung noch in der Klinik, die als sog. perstationäre Befragung bezeichnet wird, sprechen folgende Gesichtspunkte (vgl. Satzinger 1998):

- Die Verteilung der Fragebögen an die Patienten erfolgte durch das pflegerische Stationspersonal. Dies wiederum erforderte dessen Einsatz für die Untersuchung und förderte diesen zugleich, was eine wichtige Voraussetzung für eine tatsächliche Verwertung der Ergebnisse ist.
- Die Verteilung der Fragebögen noch auf Station erbringt normalerweise höhere Beteiligungsraten als z. B. postalisch zugesandte Fragebögen. Es ist leichter, mündlich die Patienten zur Teilnahme an der Befragung zu motivieren, als dies schriftlich zu tun.
- Noch auf Station befragt, ist die Erinnerung an die zurückliegende Behandlung zeitnah im Gedächtnis. Dadurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten Beobachtungsfragen recht zuverlässig beantworten können.
- Für die Bewertung der Ergebnisse ist es günstig, dass die Beantwortung des Fragebogens in einer für alle ähnlichen Situation stattfand. Der Zeitpunkt des Ausfüllens war einheitlich (Entlassungstag). Zudem waren Ort und Umfeld (die Station) ebenfalls bekannt.



Aus dem in dieser Studie gewählten Befragungsort und –zeitpunkt ergeben sich einige Nachteile, die wiederum Vorteile einer Befragung erst nach der Entlassung darstellen (sog. poststationäre Befragung) (vgl. ebenfalls Satzinger 1998):

- Für einige Patienten ist der Entlassungstag und das damit verbundene Ende der stationären Behandlung ein sehr anstrengender und stressiger Tag, an dem viele Dinge auf sie zukommen können. Der Patient ist nun wieder auf sich selbst gestellt und muss versuchen, „das Gelernte“ im Alltag umzusetzen. Der Befragte hat durch das Entlassungsprocedere bedingt womöglich nicht die nötige Ruhe und Konzentration sowie den entsprechenden Abstand zur Klinik und zur erhaltenen Therapie. Des Weiteren könnte sein Antwortverhalten durch die Beeinflussung von Mitpatienten oder aktuellen Ereignissen am Entlassungstag geprägt sein.
- Bei einer Befragung außerhalb der Klinik fühlen sich die Patienten evtl. freier in ihrem Antwortverhalten und möglicherweise nicht beeinträchtigt durch die Präsenz des Pflegepersonals, das ja ebenfalls beurteilt werden sollte. Die Patienten haben Gewissheit und können unbesorgt sein, dass ihre Anonymität gewahrt bleibt und sie keinerlei Nachteile aus evtl. kritischen Anmerkungen erleiden werden.
- Eine Befragung am Ende des stationären Aufenthaltes hat den Nachteil, dass Fragen über die letzten Stunden in der Klinik und den Entlassungsvorgang als Ganzes sowie das Zurechtkommen in der Nachsorgephase gar nicht mitbeurteilt werden können.
- Mit der Untersuchung am Ende des Aufenthaltes konnten zwar viele Patienten, die das Kriterium der Mindestverweildauer sowie der Einschlusskriterien erfüllten, erreicht werden, jedoch ist mit diesem Vorgehen der Nachteil verbunden, dass den Behandlungsbewertungen heterogene individuelle Erhebungszeitpunkte (bedingt durch die unterschiedlichen Verweildauern) zugrunde liegen, die sich auf die Patientenurteile auswirken könnten.

Die Frage, ob sich Patientenurteile im Behandlungsverlauf wesentlich ändern, ist bisher nicht abschließend zu beantworten (Leimkühler, Dunkel 2003). Im Gegensatz zu oben genannter These gibt es Hinweise darauf, dass Behandlungszufriedenheit ein relativ stabiles Phänomen ist (vgl. Leese et al. 1998) und mit Beginn des stationären Aufenthaltes bereits hoch ausgeprägt erscheint (vgl. Langewitz et al. 1995).

Es lässt sich jedoch sicherlich aus oben Dargelegtem folgern, dass die Beobachtungen und Informationen der Patienten umso genauer sind, je näher diese am Ereignis erhoben

werden, die Bewertungen und Ansichten jedoch meist erst mit dem zeitlichen Abstand zur Behandlung umfassender und fundierter werden.

### 3.5.2 Deskriptive Statistik

Aus den einzelnen Grafiken der Bewertung der jeweiligen Fragen wird ersichtlich, dass, trotz der niedrigen Beteiligungsrate, durchgängig die „positiven“ Antwortmöglichkeiten deutlich überwogen haben. Um differenzierte Beispiele zu nennen:

- Insgesamt 85,9 % der Befragten beurteilten die Qualität der Behandlung, die sie erhalten haben mit „gut“ bzw. „ausgezeichnet“ (Item 1);
- Insgesamt 96,3 % waren mit dem Ausmaß der Hilfe, die sie erhalten haben „weitgehend zufrieden“ bzw. „sehr zufrieden“ (Item 3);
- Insgesamt 94,2 % waren mit der Behandlung im Großen und Ganzen „weitgehend zufrieden“ bzw. „sehr zufrieden“ (Item 4);
- Insgesamt 92,1 % geht es, im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme, „ein wenig besser“ bzw. „viel besser“.

Im Mittel wurde die Behandlung von 51 % der Patienten überwiegend positiv beurteilt. Auf Item-Ebene wird hierbei deutlich, dass die erfassten Aspekte der stationären Behandlung bzw. Versorgung mehrheitlich sehr positiv von den Patienten bewertet wurden.

Bei der Auswertung fiel außerdem auf, dass die häufigsten fehlenden Angaben bei Item 9 (*„Hat die Pflege, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, Ihren Alltag wieder selbst zu bewältigen?“*) und 10 (*„Wie geht es Ihnen jetzt (im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme?“*)) auftraten. Hierfür gibt es unterschiedliche Erklärungsansätze. Zum einen könnten diese beiden Fragen für die Befragten nicht oder nur schwer zu beurteilen sein, da der pflegerische Aspekt ein vielseitig zu bewertender Gesichtspunkt ist und zum anderen Item 10 von einigen Patienten sicherlich erst mit einem gewissen zeitlichen Abstand besser bewertet werden kann. Die Fragen 9 und 10 waren auf der Rückseite des Fragebogens abgebildet, so dass evtl. einige Patienten den Hinweis auf die Fortsetzung der Befragung auf der Rückseite nicht beachtet haben. Um diese Fehlerquelle auszuschließen und ggf. eine geringere Anzahl an fehlenden Beantwortungen zu

erzielen, wäre es für zukünftige Befragungen empfehlenswert, die Fragen 9 und 10 sowie die nachfolgenden offenen Fragen auf einem gesonderten Blatt abzubilden.

### **3.5.3 Genereller Zufriedenheitswert**

Bezüglich der Verteilungen ergab sich ein ähnliches Bild wie in den vergleichbaren amerikanischen Arbeiten, der holländischen und der deutschen Studie.

Wie aus der Tabelle 3 und unter Punkt 3.1.4.2 ersichtlich ist, sind die Werte der generellen Zufriedenheit nicht normal verteilt, sondern zeigen eine deutliche Linksschiefe der Skalenverteilungen mit einem durchschnittlichen Mittelwert der Zufriedenheitsfaktoren von 1,58 für die Items 1-8 und 1,54 für die Items 1-10. Die Ergebnisse weichen stark von den bereits in anderen Studien eruierten Mittelwerten der Gesamtzufriedenheitswerte ab. In der Studie von Le Vois, Nguyen und Attkisson (1981) ergab sich ein Mittelwert von 3,13 für die Gruppe, die den CSQ-8 schriftlich und allein ausfüllten und einen Mittelwert von 3,34 für die Gruppe, die den CSQ-8 mit Hilfe eines Interviewers beantworteten. In einer anderen Studie von Attkisson und Zwick (1982), die den CSQ-8 bei 45 Patienten einer gemeindepsychiatrische Heilanstalt einsetzten und die nach einem Monat eine Bewertung über die eingangs erhaltene Psychotherapie abgeben sollten, wurde ein Mittelwert von 3,02 festgestellt. De Brey (1983), der den CSQ-8 in eine dänische Version übersetzte und eine Befragung im Bereich der Gemeindepsychiatrie an 110 Patienten nach Abschluss der Therapie durchführte, erzielte in seiner Studie einen generellen Zufriedenheitsmittelwert von 3,25. Alle Mittelwerte aus zuvor durchgeführten Studien sind somit wesentlich höher. Die Patienten der psychiatrischen und psychotherapeutischen Stationen der Philipps-Universität scheinen also im Mittel stärker zufrieden zu sein, als dies der Fall bei den amerikanischen Studien oder der dänischen Befragung war.

Diese generell hohe Zufriedenheit könnte verschiedene Ursachen haben und unterschiedlich interpretiert werden. Der einfachste Erklärungsansatz für die ermittelten Ergebnisse könnte eine tatsächlich hohe Zufriedenheit der Patienten mit der erhaltenen Therapie sein. Es könnten aber auch Zusammenhänge mit dem im nachfolgenden Absatz erwähnten Phänomen der sozialen Erwünschtheit bestehen. Ein vorzeitiges Ausscheiden der unzufriedenen Patienten aus der stationären Behandlung oder eine bewusste Nichtteilnahme bzw. fehlende Motivation wegen Unzufriedenheit könnte das Endergebnis hin zu positiven Bewertungen verzerrt haben. Da bei der 8- bzw. 10-Itemversion eine 4-stufige Likert-Skala eingesetzt wurde, könnte eine mangelnde

differenzierte Bewertungsmöglichkeit die Befragten dazu geleitet haben, eine eher positive Antwort auszuwählen. Der medizinische Fortschritt könnte ebenfalls eine Rolle bei der hohen Zufriedenheit gespielt haben. Im Vergleich zu den Anfängen der Patientenzufriedenheitsforschung wurden sicherlich einige veraltete Behandlungsstrukturen abgeschafft und dafür neue entwickelt, die zu einer höheren Zufriedenheit geführt haben könnten. Hierzu zählen natürlich auch Fortschritte und Neuentwicklungen im Bereich der Psychopharmaka, die eine verbesserte Medikation psychisch Kranker heutzutage zulassen. Des Weiteren könnte auch das im Vergleich zu den 70er Jahren besser geschulte Pflegepersonal und dessen verstärkte Einbeziehung in den Therapieprozess zu einer besseren Bewertung beigetragen haben. Letzlich sei noch das soziale Umfeld der Patienten, also die Mitpatienten und der damit verbundene gegenseitige Austausch erwähnt. Dies wiederum kann eine Meinungsbildung oder auch eine Meinungsäußerung positiv oder negativ beeinflussen.

#### **3.5.4 *Baseline der Zufriedenheit***

Ein bedenkenswerter Aspekt einer durchgängig positiven Behandlungsbewertung, der von vielen Autoren aufgegriffen wurde (z. B. Gruyters, Priebe 1994, Nguyen et al. 1983, Larsen et al. 1979), ist die zugrunde liegende „Psychologie der Bewertung“. Gemeint ist damit das Phänomen, dass sehr hohe Zufriedenheitsraten der Betroffenen auch aus dem Bereich der allgemeinmedizinischen Versorgung (Ware et al. 1978) ebenso aus dem Bereich der Arbeitszufriedenheit bekannt sind (Glimer 1971, Locke 1976). Frank, Salzman und Fergus (1977) beschrieben in ihrer Arbeit eine vorwiegend positive Bewertung von ehemaligen Patienten, die eine psychotherapeutische Behandlung erhielten. Linn (1975) kam in seiner Übersicht zur Patientenzufriedenheitsbewertung von Nervenheilanstalten zu dem Schluss, dass von Studie zu Studie, unabhängig von der ausgewählten Befragungsmethode oder den ausgewählten Patienten, die an der Befragung teilnahmen, ein hohes Maß an Zufriedenheit ermittelt wurde. Hohe Zufriedenheitswerte können zum einen, wie in einem späteren Abschnitt noch näher erläutert werden soll, mit dem Phänomen der sozialen Erwünschtheit zusammenhängen. Zum anderen könnte die Dankbarkeit des Patienten über die erzielten Behandlungsergebnisse eine Rolle spielen. Bei der Befragung von stationären Patienten könnte zusätzlich die besondere soziale Rolle des Patienten in der Klinik, die unter anderem die Erfahrung ausgeprägter Abhängigkeit einschließt und eine Vielzahl an

Anpassungsleistungen seitens des Patienten erfordert, eine Möglichkeit der positiven Beantwortung darstellen (Blumenstock 1998).

Die Ergebnisse der hohen Patientenzufriedenheit können nach Larsen et al. (1979) auf verschiedene Art und Weise interpretiert werden. Auf der einen Seite könnten diese Ergebnisse als wertlos angesehen werden, da die Befragten im Sinne der sozialen Erwünschtheit antworten oder das Instrument nicht die nötigen Abstufungen, die dem Patienten eine differenzierte Bewertung seiner erhaltenen Behandlung ermöglicht, besitzt (vgl. Campbell 1969). Auf der anderen Seite könnte die jeweilige Klinik das erzielte Ergebnis akzeptieren und sich mit der hohen Zufriedenheitsrate stolz präsentieren. Welche psychologischen Mechanismen - neben den methodischen Verzerrungen – für diese Tendenzen verantwortlich sind, wie z. B. das Konzept der sozialen Erwünschtheit, müssen Untersuchungen zur Behandlungsbewertung letztlich tendenziell von einer relativ hohen Patientenzufriedenheit ausgehen. Unterscheidungen sind damit wohl eher zwischen weniger und mehr zufriedenen als zwischen zufriedenen und unzufriedenen Patienten zu treffen (Gruyters, Priebe 1994).

### ***3.5.5 Fehler durch Einflüsse der Untersucher und der Untersuchten***

Als Fehlerursache auf der Seite der Untersucher kommen z. B. mangelnde Kenntnisse und Fertigkeiten oder auf das Studienthema bezogene Vorerwartungen und Einstellungen (sog. „Rosenthal-Effekt“) in Betracht (Kohlmann et al. 1994, 1996, 1997). Diese Einflüsse werden häufig unterschwellig manifestiert, d. h. ohne dass eine bewusste oder absichtliche Einflussnahme der Untersucher vorliegt.

In ähnlicher Weise wie bei den Untersuchern können bei den Untersuchten bestimmte Verhaltensregelmäßigkeiten zu Ungenauigkeiten in den Ergebnissen führen. So muss laut Gruyters und Priebe (1994) das Problem der Antwortveränderungen in Richtung soziale Erwünschtheit kritisch hinterfragt werden. Eine Tendenz zur sozialen Erwünschtheit liegt vor, wenn Befragte ihre Angaben daran ausrichten, was nach ihrer Ansicht im entsprechenden sozialen Bezugssystem als positiv gilt (Kohlmann et al. 1994, 1996, 1997). Die zum Teil abhängige Beziehung der Patienten zum Krankenhaus und insbesondere zu ihren Therapeuten könnte hierbei eine große Rolle spielen. In den meisten Untersuchungen fehlen leider Angaben darüber, ob der Untersucher wirklich unabhängig, also nicht selbst in die Patientenbehandlung involviert war, und in wie weit dies für den Patienten auch ersichtlich war (vgl. Gruyters, Priebe 1994). Des Weiteren fehlen auch oftmals Angaben darüber, in welchem konkreten Setting (Klinik, ambulant,

allein, in der Gruppe) die Befragung erfolgte. Außerdem stellt die Wahrung der Anonymität bei der Beantwortung des Fragebogens einen wesentlichen Aspekt dar.

Das Problem der sozialen Erwünschtheit ist ein häufig diskutiertes Problem. Es kann zwischen einer eher allgemeinen und einer situationsspezifischen Antworttendenz unterschieden werden (vgl. Schnell et al. 1993). Während sich die allgemeine Tendenz zur sozialen Erwünschtheit unabhängig von dem jeweils besonderen Kontext einer Studie zeigt, äußert sich die situationsspezifische Tendenz in einer Orientierung an Erwartungen, die durch die konkreten Gegebenheiten einer Untersuchungssituation erst erzeugt werden kann. So ist einerseits bekannt, dass Befragte ganz generell dazu tendieren können, ihre Lebensumstände und Verhaltensstile so darzustellen, wie sie es als sozial akzeptiert unterstellen (allgemeine Tendenz). Auf der anderen Seite können z. B. bei Teilnehmern an einer Befragung deren Kenntnisse oder Vermutungen über den Zweck der Befragung und weitere Faktoren (Art der Befragung, Merkmale des Interviewers) das Antwortverhalten in entsprechender Weise beeinflussen (situationsspezifische Tendenz). Es wird vermutet, dass den situativen Einflüssen bei der Tendenz zur sozialen Erwünschtheit ein weitaus größeres Gewicht zukommt als der eher allgemeinen Antworttendenz.

Das Phänomen, dass Patienten sich während einer Befragung eher positiv äußern, tritt laut Kohlmann besonders dann auf, wenn die Zufriedenheitsfragen eher unspezifisch gestellt werden. Je spezifischer die Fragen ausfallen, desto eher werden weniger zufrieden stellende Aspekte und Bereiche der Behandlung genannt.

### **3.5.6 Itemanalyse des Fragebogens**

Die Reliabilitätsanalyse unserer Studie zeigte eine interne Konsistenz von Cronbachs alpha  $\alpha = 0,87$  für die Items 1-8 und  $\alpha = 0,89$  für die Items 1-10. Beide Reliabilitätskoeffizienten weisen somit auf eine hohe interne Konsistenz der Fragebogenversionen hin. Während Attkisson und Zwick (1982) bei ihrer Befragung mittels CSQ-8 eine interne Konsistenz von  $\alpha = 0,93$  errechneten, ermittelte De Brey (1983) einen Reliabilitätskoeffizienten von  $\alpha = 0,91$ .

Schmidt, Lamprecht und Wittmann (1989), die den ersten Versuch unternahmen, den CSQ-8 ins Deutsche zu übersetzen, berechneten eine interne Konsistenz von  $\alpha = 0,87$ . Spießl et al. (1996) ermittelten als Reliabilitätsmaß für die deutsche Adaption des CSQ-8 eine interne Konsistenz von  $\alpha = 0,90$  für ihre Befragung bei 699 stationär behandelten

Patienten eines psychiatrischen Fachkrankenhauses. Es waren demzufolge die gleichen Fragebogenversionen, die auch in dieser Studie eingesetzt wurden.

Die Analyse der acht Zufriedenheitsitems in einer Studie von Kriz et al. (2008) ergab eine gute interne Konsistenz von Cronbachs  $\alpha = 0,90$ .

Aus den oben genannten Werten wird ersichtlich, dass sich die ermittelten Reliabilitätskoeffizienten der verschiedenen Studien kaum voneinander unterscheiden und sich insgesamt eine gute bis sehr gute interne Konsistenz des Instruments abzeichnet. Die ermittelte hohe interne Konsistenz unserer Studie ist demnach mit anderen Studien vergleichbar und konnte durch unsere Analysen bestätigt werden.

Für die Items 1-8 sowie für die Items 1-10 wurden Trennschärfen ermittelt, die alle über 0,50 (Mittelwerte = jeweils 0,63) lagen. Die festgestellten Trennschärfekoeffizienten lagen in der Studie von Schmidt, Lamprecht und Wittmann (1989) alle über 0,50 (Mittelwert = 0,62), in der Arbeit von Spießl et al. (1996) ergaben sich Trennschärfekoeffizienten von  $r_{it} > 0,60$  (Mittelwert 0,71). Die mittlere Trennschärfe der Studie von Kriz et al. (2008) lag bei  $r_{it} = 0,69$ , keine Trennschärfe lag unter dem Richtwert von  $< 0,40$ . Bei allen vier Arbeiten ergaben sich positive Trennschärfekoeffizienten. Wie aus den obigen Werten ersichtlich, lagen alle ermittelten Werte über 0,40, so dass auch die zweite Richtlinie nach Diehl und Kohr (1979) sowie Bühner (2006) der Reliabilitätsanalyse eingehalten wurde und damit kein Item eliminiert werden musste. Die Items sind somit alle zur Messung der globalen Zufriedenheit geeignet. Die ermittelten Trennschärfekoeffizienten zeigen eine hohe Korrelation zwischen dem jeweiligen Item und dem Testgesamtergebnis an.

Die Korrelationsmatrix (Spearman-Rangkorrelationskoeffizient) dokumentierte jeweils sehr signifikante ( $p \leq 0,01$ ) Inter-Item-Korrelationen.

Bei der Itemanalyse ergab sich eine mittlere Inter-Item-Korrelation von 0,46 für die Items 1-8 und von 0,45 für die Items 1-10. Die durchschnittlichen Inter-Item-Korrelationen sind demnach fast identisch für die beiden Fragebogenversionen.

Während Attkisson und Zwick (1982) in ihrer Studie eine mittlere Inter-Item-Korrelation von 0,62 für die Items 1-8 berechneten, ermittelten Schmidt, Lamprecht und Wittmann (1989) eine durchschnittliche Inter-Item-Korrelation der 8 Items von 0,45. In der Studie von Kriz et al. (2008) korrelierten die Items untereinander mit Werten zwischen  $r = 0,43$  und  $r = 0,79$ .

Alle beschriebenen Inter-Item-Korrelationen indizieren auf eine hohe Homogenität des Fragebogens. Die Items messen demnach ähnliche Gesichtspunkte.

Wie auch in der holländischen Studie von De Brey (1983) bzw. den deutschen Studien von Schmidt et al. (1989) und Spießl et al. (1996) wurden die acht bzw. zehn Items des Zufriedenheitsfragebogens einer Faktorenanalyse unterzogen.

Ähnlich wie in der holländischen oder den deutschen Studien lässt sich für beide Faktorenanalysen ein salienter Hauptfaktor erkennen. Es ergaben sich Eigenwerte von 5,04 für die Items 1-10 bzw. von 4,22 für die Items 1-8, die 50,44 % der Gesamtvarianz bzw. 52,76 % der Gesamtvarianz aufklärten. Der Eigenwert und die Gesamtvarianz für die Items 1-8 sind identisch mit den ermittelten Werten von Schmidt et al., unterscheiden sich aber von denen anderer Studien.

In der Faktorenanalyse von Spießl et al. (1996) findet sich ein Faktor mit einem Eigenwert von 4,66 der 58,2 % der Gesamtvarianz aufklärt, während sich bei der Arbeit von De Brey (1983) ein Eigenwert von 4,62 findet, der 57,0 % der Gesamtvarianz aufklärt.

In der Studie von Spießl et al. (1996) lagen die Faktorenladungen auf dem Hauptfaktor zwischen 0,72 und 0,80, wobei 5 der 8 Ladungen über 0,70 waren, während die Faktorenladungen in der Studie von Schmidt et al. (1989) sich zwischen 0,63 und 0,80 bewegten, wobei 6 von 8 Ladungen  $> 0,70$  waren. In der dänischen Studie bewegten sich die Werte der Faktorenladungen zwischen 0,51 und 0,87, wobei 4 der 8 Ladungen  $> 0,70$  waren. Kriz et al. (2008) wiesen ebenfalls einen Generalfaktor mit einem Eigenwert von 4,78 nach, der 59,8 % der Gesamtvarianz aufklärte.

Die in dieser Studie erhobenen Faktorenladungen bewegten sich für die Items 1-8 zwischen 0,63 und 0,76, wobei 7 der acht Ladungen  $> 0,70$  waren, während sich für die Items 1-10 Ladungen zwischen 0,58 und 0,76 finden und hierbei 7 der 10 Ladungen  $> 0,70$  sind.

Die faktorenanalytischen Ergebnisse unserer Erhebung bestätigen die Eindimensionalität des Instruments. Der aus der Analyse hervorgegangene Faktor, auf dem alle Items laden, zeigt auch, dass die Befragten nicht sehr gut zwischen den verschiedenen vom Fragebogen vorgegebenen Aspekten unterscheiden, was auf eine zu globale Fragenformulierung hindeutet. Dies wiederum erschwert den Befragten eine differenzierte Beantwortung. Die grobe Abstufung der vorgegebenen 4 Antwortmöglichkeiten lässt ebenfalls kaum eine exakte Beantwortung der jeweiligen



Frage zu. Eine Einteilung der Antworten in eine fünfstufige Likert-Skala könnte zu einer exakteren und eventuell differenzierteren Beantwortung der jeweiligen Frage beitragen.

Letztendlich lässt sich jedoch festhalten, dass die guten Gütekennwerte des ZUF-8 in der vorliegenden Arbeit erneut belegt werden konnten.

### **3.5.7 Diskussion der Kategorisierung der offenen Fragen**

Aus den freien Meinungsäußerungen der drei offenen Fragen des ZUF wurde ein Kategoriensystem entwickelt, welches die folgenden 8 Hauptkategorien enthielt:

1. Ärzte und Therapeuten
2. Pflegepersonal
3. Team
4. Therapieangebot
5. Medikation
6. Ausstattung der Räumlichkeiten der Station und des Hauses
7. Gemeinschaft der Station
8. Essen

Die Aussagen der Patienten zu den Hauptkategorien Ärzte und Therapeuten sowie Pflegepersonal konnten in weitere Unterkategorien eingeteilt werden.

Wie aus Tabelle 15 und Anhang I, Abschnitt B ersichtlich wird, erfolgten die meisten positiven Aussagen zur Frage „*Was hat Ihnen in unserer Klinik am besten gefallen?*“ in der Kategorie „Pflegepersonal“ mit insgesamt 76 bzw. 91 Antworten.

Zum einen wurde das Pflegepersonal an sich noch einmal gesondert von den Patienten erwähnt (14 von 76 bzw. 14 von 91 Aussagen (18,4 %/15,4 %)), zum anderen mit einer weitaus größeren Aussagenanzahl (46 von 76 bzw. 59 von 91 Aussagen (60,5 %/64,8 %)) wurden von einigen Befragten einzelne positive Eigenschaften aufgezählt.

Kennzeichnungen wie „freundlich“, „kompetent“, „ansprechbar“, „einfühlsam“ und „hilfsbereit“ sowie die hohe Gesamtzahl der positiven Aussagen lassen auf eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit dem Pflegepersonal schließen.

Die zweitgrößte Anzahl der positiven Aussagen entfiel auf die Kategorie „Ärzte und Therapeuten“ mit insgesamt 54 bzw. 57 Antworten. Es ließ sich eine ähnliche Zuordnung der Aussagen wie in der Kategorie „Pflegepersonal“ feststellen. Zum einen wurden die Ärzte und Therapeuten als Einzelaussage erwähnt, zum anderen wurden Eigenschaften, wie z. B. „kompetent“, „freundlich“, „verständnisvoll“ und „einfühlsam“ genannt.

Die Anzahl und die Inhalte der positiven Nennungen lassen auch hier auf eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit den Ärzten und Therapeuten schließen. Im Vergleich zu den 54 bzw. 57 positiven Aussagen wurden lediglich 2 negative Aussagen zur Frage „*Was hat Ihnen in unserer Klinik am wenigsten gefallen?*“ getroffen.

Die drittgrößte Kategorie mit insgesamt 48 bzw. 63 Nennungen bildete das „Therapieangebot“. Einzelne Therapieangebote, die den Patienten am besten gefielen, wurden von den Befragten in dieser offenen Frage nochmals gesondert erwähnt und gelobt.

In der Kategorie „Therapieangebot“ wurden zu der Frage „*Was hat Ihnen in unserer Klinik am wenigsten gefallen?*“ insgesamt 31 bzw. 36 negative Aussagen getroffen. Sie stellt somit die zweitgrößte Kategorie der Negativantworten dar. Neben einzelnen Therapieangeboten wurden hauptsächlich die zu geringe Anzahl an Gesprächen und die wenige Zeit für Gespräche bemängelt.

Die Kategorie „Ausstattung der Räumlichkeiten und des Hauses“ stellt mit insgesamt 51 bzw. 54 Aussagen die größte der Negativaussagen dar. Bemängelt wurden die Innenausstattung der Zimmer, die nicht komfortabel und kühl wirkten (9 Nennungen) und die sanitären Anlagen (7 Aussagen). Die starke Unzufriedenheit der Patienten mit den Räumlichkeiten wurde nochmals in den Anmerkungen abgebildet. Hier wurden vorwiegend Wünsche und Verbesserungsvorschläge von den Befragten geäußert.

In dieser Kategorie wurden lediglich zwei positive Aussagen getroffen.

Die große Anzahl der getroffenen Aussagen macht deutlich, dass bei den Befragten ein hoher Bedarf bestand, die Antworten zu den geschlossenen Fragen des ZUF zu ergänzen.

Gleichzeitig wird die globale Fragenformulierung des Fragebogens hervorgehoben. Die getroffenen Aussagen beziehen sich größtenteils auf spezifische Aspekte der erhaltenen Therapie. Sie bestärken zum einen die hohe Zufriedenheit der Patienten. Die negativen Äußerungen spiegeln aber zum anderen auch die Unzufriedenheit der Befragten vor allen Dingen mit den Räumlichkeiten wider.

Die zum Teil sehr ausführlichen Antworten bei der Frage „*Was hat Ihnen in unserer Klinik am wenigsten gefallen?*“ und im Bereich „Anmerkungen“ könnten zu einigen Verbesserungsvorschläge zur strukturellen Veränderungen innerhalb der Klinik beitragen.

So müsste z. B. die Anzahl der Gespräche bzw. die Zeit, die für jeden einzelnen Patienten zur Verfügung steht, überdacht werden. Die hohe Anzahl der Negativaussagen in der Kategorie „Ausstattung der Räumlichkeiten“ verdeutlicht, dass Veränderungen besonders im Bereich der sanitären Anlagen, aber auch hinsichtlich der Patientenzimmer diskutiert werden müssten.

### **3.5.8 Vor- und Nachteile der schriftlichen Befragung und deren Methoden**

Schriftliche Befragungen sind eine der häufigsten Datenerhebungsarten. Vorteile dieses Verfahrens liegen (vgl. Satzinger 1998) darin begründet, dass die Befragung anonym durchgeführt werden kann, so dass der Identitätsschutz des Patienten gewahrt bleibt. Die Beteiligung an einer Befragung ist weitgehend terminunabhängig, so dass der Patient den Zeitpunkt der Beantwortung selbst bestimmen kann. Schriftliche Befragungen liefern oftmals unmittelbar authentische Dokumente. Der potentielle Einfluss von Mittelpersonen, wie z. B. Interviewer, ist somit ausgeschaltet. Im Vergleich zu anderen Erhebungsmethoden, wie z. B. Interviews, sind schriftliche Befragungen kostengünstiger durchzuführen.

Schriftliche Befragungen bringen aber auch einige Nachteile mit sich. Ein eventueller Motivationsmangel der Befragten bzw. ein Zwang zum eher oberflächlichen Abfragen durch weitgehend vorgegebene Antwortmöglichkeiten können die Ergebnisse verzerren. Des Weiteren könnten auf der einen Seite bestimmte Fragen bei den Teilnehmenden zu Miss- bzw. Unverständnissen führen und auf der anderen Seite mögliche Fehlinterpretationen der getroffenen Aussagen seitens der Auswerter auslösen. Letztendlich werden automatisch alle Menschen von schriftlichen Befragungen ausgeschlossen, die entweder überhaupt nicht lesen und schreiben können, aufgrund

gesundheitlicher Beeinträchtigungen im Augenblick nicht dazu in der Lage sind oder die Sprache des Fragebogens nicht gut genug beherrschen.

Die Befragungsmethoden „rating“ und „reporting“, die in der Einleitung schon erwähnt und erläutert wurden, beinhalten einige Vor- und Nachteile. Bei der Befragungsmethode des „ratings“ sind Befragungsinstrumente mit Likert-Skalen mit drei bis sechs Abstufungen am meisten verbreitet. In einer Studie von Nagata et al. (Nagata et al. 1996) wurden Vor- und Nachteile von vier, fünf und sieben Abstufungen für Messungen im Gesundheitswesen untersucht. Es wurde festgestellt, dass die Skala mit fünf Abstufungen lückenloser ausgefüllt wurde als die Vierer- oder Siebener-skala und das Ausfüllen generell problemloser verlief, obwohl bei einer Fünfer- bzw. Siebener-skala die zentrale Tendenz beachtet werden sollte. Die fünfstufige Antwortskala ist daher sehr gut zur Messung der Patientenzufriedenheit geeignet. Als Kritikpunkt muss bei der „rating“-Methode vermerkt werden, dass die Antworten der Befragten nicht nur auf objektiver Beurteilung, sondern auch auf emotionalen Reaktionen beruhen können (vgl. Cleary et al. 1993).

Ein Vorteil der „reporting“-Befragungsmethode liegt darin, dass sie genau reflektiert, wie Patienten die Ereignisse wahrgenommen haben, ungeachtet von Erwartungen, persönlichen Beziehungen oder allgemeinen Tendenzen zur Beantwortung der Fragen. Durch die präzise Fragestellung wird eine präzise Beantwortung möglich, wodurch Problemstellen leicht identifiziert werden können. Eine gewisse Subjektivität bleibt jedoch auch bei dieser Befragungsmethode bestehen, da z. B. nicht jeder Patient die gleichen Vorstellungen von „gutem Pflegepersonal“ oder „gutem Essen“ hat. Ein großer Nachteil der „reporting“-Methode ist die Einschränkung auf „ja“- oder „nein“-Antworten. Dies soll an einem Beispiel verdeutlicht werden. Wenn einem Patienten die Frage: „War das Essen gut?“ gestellt wird und es nach seiner Einschätzung in 60% der Fälle gut war, so ist es für ihn sehr schwierig zu entscheiden, welche Antwort er ankreuzen soll. Beantwortet er die Frage mit „ja“, weil das Essen mehr gut als schlecht war, sieht der Auswerter dieser Frage bezüglich Essen kein Problem, obwohl es in 40% der Fälle als nicht gut empfunden wurde. Wird die gleiche Frage mit „nein“ beantwortet, wird diese Problemstelle fälschlicherweise verstärkt. Es besteht daher die Gefahr, dass durch das „reporting“ ein falsch negatives oder falsch positives Bild entstehen kann.

Wegen der genannten Vorteilen des „ratings“, die die Vorteile des „reportings“ überwiegen, wählten wir für die Befragung der Psychotherapiestationen eine fünfstufige Likert-Skala. Den einzelnen Fragetypen des Fragebogens wurden die Antwortmöglichkeiten individuell angepasst, was wiederum den Befragten eine differenzierte Beantwortung der Fragen ermöglichte.

Bei der Zufriedenheitsbefragung mit Hilfe des ZUF-8 übernahmen wir die von Schmidt et al. (1989) und Spießl et al. (1996) vorgegebenen Antwortmöglichkeiten mit der vierstufigen Likert-Skala.

Alle aufgeführten methodischen Schwierigkeiten und Mängel werfen Probleme der Repräsentativität und Vergleichbarkeit der bereits erhobenen Untersuchungsergebnisse auf und berühren damit auch unmittelbar den Verwertungsaspekt der erforschten Patientensicht. Allerdings muss man festhalten, dass Patientenbefragungen, egal in welcher Form, stets irgendwelche Mängel aufweisen. Eine ideale Befragungsform existiert nicht, so dass bei einer Erhebung versucht werden muss, einen Kompromiss zwischen Erwünschtem und Erreichbarem herzustellen.

### ***3.5.9 Zusammenfassung und Ausblick***

Ziel dieser ersten Studie war es, die globale Zufriedenheit von psychiatrischen sowie psychotherapeutischen Patienten am Ende ihres stationären Aufenthaltes mit der deutschen Adaptierung des CSQ-8, dem so genannten ZUF-8, zu ermitteln. Da es sich bei diesem Instrument um einen etablierten Fragebogen handelt, waren wir im Rahmen unserer Studie daran interessiert, den ZUF-8 auf seine Brauchbarkeit zur Evaluierung der Patientenzufriedenheit im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Marburg zu prüfen.

Die Untersuchung innerhalb der Psychiatrie- und Psychotherapiestationen bestätigt bei Patienten das aus vorherigen Studien bekannte hohe Maß an Zufriedenheit. Es findet sich hierbei sogar eine geringfügig höhere Zufriedenheit im Vergleich zu psychosomatisch betreuten Patienten (Schmidt et al. 1989), wobei das unterschiedliche Patientengut berücksichtigt werden muss.

Wie bei anderen Patientenbefragungen muss auch beim ZUF-8 von einer hohen Baseline der Zufriedenheit ausgegangen werden (Leimkühler 1995). Inwieweit die Ergebnisse mit der Skala konfundiert sind, muss noch weiter eruiert werden. Hinweise auf einen Zusammenhang mit der Skala ergeben sich, wie auch in der Studie von Spießl

et al. (1996), wenn man die leicht abweichenden Bewertungen des Item 1 betrachtet: Hier scheint die sprachliche Formulierung der möglichen Antworten eine niedrigere Bewertung vorzugeben.

Dennoch finden sich bei allen oben erwähnten Studien mit dem CSQ-8/ZUF-8 weitgehend übereinstimmende psychometrische Daten, wie Verteilungskennwerte, Trennschärfekoeffizienten oder interne Konsistenz. Dies spricht sowohl für die Qualität des Instruments als auch seiner deutschen Adaptierung.

Die Ergebnisse zeigen einen generellen Zufriedenheitsfaktor an, auf dem alle 8 bzw. 10 Items des Fragebogens laden. Es wurden hohe Inter-Item-Korrelationen dokumentiert, was wiederum eine ähnliche Struktur der jeweiligen Frage indiziert.

Allerdings ist es erforderlich, noch mehrere Untersuchungen mit Hilfe des ZUF-8 durchzuführen, um zu überprüfen, ob vergleichbare Ergebnisse auch in anderen deutschen Studien erzielt werden. Um eine bessere Vergleichbarkeit zu späteren Arbeiten zu schaffen, ist es eventuell sinnvoll, soziodemografische Daten wie Alter, Geschlecht, Dauer des Aufenthaltes und psychiatrische Diagnosen mit in die weiteren Untersuchungen aufzunehmen. Spießl et al. (1996) stellten in ihrer Studie fest, dass Korrelationen zwischen der psychiatrischen Diagnose bzw. der Rechtsgrundlage bei Aufnahme und der Patientenzufriedenheit bestehen. Aus anderen Untersuchungen mit dem CSQ-8 sei ebenfalls hervorgegangen, dass ältere Patienten und Frauen zufriedener mit der erhaltenen Behandlung seien (vgl. Attkisson, Greenfield 1994).

Um die Bewertungen der Patienten von den unterschiedlichen Stationen innerhalb der Psychiatrie und Psychotherapie besser vergleichbar zu machen, ist es für spätere Befragungen wichtig, die einzelnen Fragebögen mit dem jeweiligen Stationsstempel zu versehen. So könnten z. B. geäußerte Verbesserungsvorschläge eindeutiger einer bestimmten Station zugeordnet und diesen gezielter nachgegangen werden. Die Gründe für die schlechte Rücklaufquote müssen für die nachfolgenden Erhebungen exakter erforscht werden. Wenn die Ursache letztendlich bei den Patienten lag, wäre es wichtig zu wissen, weshalb diese gerade nicht an der Befragung teilnehmen wollten. Vielleicht liegen gerade hier Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge, die ohne die Teilnahme dieser Patienten verloren gehen. Das Problem der „Nicht-Antwörter“ ist eine bekannte methodische Problematik in dieser wie in vielen anderen Studien zur Patientenzufriedenheit (vgl. Attkisson, Greenfield 1994). Weil bei diesen Patienten keine Angaben über ihre Zufriedenheit vorliegen, die im Studienergebnis berücksichtigt werden können, sind die bisherigen Studien zur Patientenzufriedenheit durch eine

systematische Selektion der sog. „Non-Responder“ gekennzeichnet. Es wurde jedoch festgestellt, dass aber gerade hier mit einem nicht unerheblichen Prozentsatz „latenter“ Unzufriedenheit zu rechnen ist (Spießl et al. 1996).

Letztendlich ist der ZUF-8 ein gutes Instrument, das von Patienten ohne großen Zeitaufwand ausgefüllt werden kann und mit dem die generelle Zufriedenheit von Patienten in der Psychiatrie und Psychotherapie messbar ist. Je nach Anforderung und je nach Wunsch der jeweiligen Klinik, kann der ZUF-8 um spezielle Fragen erweitert werden, ohne dass seine Praktikabilität und Güte verloren gehen. Wie aus diesem Beispiel gut ersichtlich, konnten mit den zusätzlich am Ende gestellten offenen Fragen neue Aspekte, die die Items des Fragebogens nicht abdeckten und somit die mangelnde Differenziertheit des Instrumentes zeigten, erschlossen werden. Für nachfolgende Erhebungen sind sicherlich die hieraus hervorgegangen negativen Aussagen von Interesse. Eine Tendenz zu eher negativen Anmerkungen bei freien Antwortmöglichkeiten (Kolitzus, Feuerlein 1989) konnte auch in unserer Studie gefunden werden. Das entwickelte Kategoriensystem der freien Antworten der offenen Fragen diente letztendlich der Fragengenerierung des Patienteninterviews der zweiten Studie.

Mit dem Einbau von zusätzlichen Fragen könnten neue Items getestet, die Ausbeute an Informationen durch den Patienten erhöht und der Wert des Fragebogens dadurch gesteigert werden. Wie die vorliegende Studie dokumentiert, bleiben selbst mit der Ausweitung des Fragebogens durch Hinzufügen neuer Items die Ergebnisse stets mit anderen Studien vergleichbar, da die ersten acht Items auch bei neuen Befragungen aufgrund ihrer mehrmaligen Testung eingesetzt werden können.

## 4 Studie II

### 4.1 Fragestellung

In dieser zweiten Studie sollten mit Hilfe eines halbstandardisierten Interviews die spezifischen Erwartungen der Patienten an eine bevorstehende Psychotherapie erfragt werden. Da lediglich in der Vergangenheit vereinzelt Bemühungen unternommen wurden, Vorstellungen des Patienten zu berücksichtigen und mit einzubeziehen, die subjektive Sichtweise dieser aber zunehmend an Interesse gewinnt, galt es die für die Patienten relevanten Gesichtspunkte der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung zu erfassen.

### 4.2 Design und Procedere

Es wurde ein problemzentriertes, halbstrukturiertes Interview mit 30 Patienten durchgeführt.

Alle konsekutiv ab dem 1. Januar 2002 bis einschließlich 31. Dezember 2003 aufgenommenen Patienten der Psychotherapiestation, die ein Mindestalter von 18 Jahren sowie die Einverständniserklärung für ihre Teilnahme unterzeichnet hatten, wurden am zweiten oder dritten Tag des Aufenthaltes gebeten, am standardisierten Interview teilzunehmen.

Von der Teilnahme ausgeschlossen waren alle Patienten, die sich von Beginn an in einer tagesklinischen Behandlung befanden, unter 18 Jahre alt waren und diejenigen, die ihren stationären Aufenthalt innerhalb der ersten Woche abbrachen. Für das Patienteninterview war ein Stichprobenumfang von 20 bis 40 konsekutiv aufgenommenen Personen einer Psychotherapiestation vorgesehen. Die Patienten wurden informiert und um ihr Einverständnis für die Befragung gebeten. Die Dauer der Befragung betrug zwischen 30 und 40 Minuten. Die Interviews wurden protokolliert; auf eine Tonbandaufzeichnung wurde verzichtet, um eine entspannte Atmosphäre zu gewährleisten.

Der behandelnde Arzt war dafür verantwortlich, von jedem Patienten, der an dieser Studie teilnahm, eine schriftliche Einwilligung zu erhalten. Dieser Einwilligung ging eine angemessene Erklärung der Ziele und Methoden der Studie voraus. Der behandelnde Arzt informierte den Patienten ebenfalls darüber, dass es ihm jederzeit freistand, die Aufnahme in die Studie zu verweigern bzw. die Studie zu jedem Zeitpunkt auch ohne Nennung von Gründen zu beenden. Die teilnehmenden Patienten wurden



darauf hingewiesen, dass ihre persönlichen Angaben und Daten im Rahmen der Studie und ohne Namen dokumentiert und zur wissenschaftlichen Auswertung weitergeleitet wurden. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die datenschutzrechtliche Patienteneinwilligung hingewiesen.

### **4.3 Erhebungsinstrumente**

Im nun folgenden Abschnitt soll der Fragenkatalog des Patienteninterviews näher erläutert werden. Der Aufbau und die Durchführung der Befragung erfolgte in Anlehnung an die Studie von Spießl et al. (1999).

Zu Beginn des Interviews wurde der Patient um die Aushändigung der unterzeichneten Einverständniserklärung gebeten. Es folgte eine nochmalige kurze Beschreibung des Ablaufs und die etwaige Klärung von Fragen zum Procedere. Der Fragenkatalog des Interviews umfasste 17 offene Fragen und ist in Anhang II, Abschnitt A vollständig abgebildet.

Die Eingangsfrage lautete: „*Wie stellen Sie sich die Behandlung idealerweise vor, damit Sie voll und ganz zufrieden wären?*“ In offenen Leitfadenfragen wurden dann Erwartungen und Ansätze zur Verbesserung der Zusammenarbeit eruiert. Es sollte erfasst werden, mit welchen Erwartungen bzw. Wünschen die Patienten ihre Psychotherapie begannen. Nachfolgend sollten sie angeben, was ihnen auf der Psychotherapiestation besonders gut gefällt und welche Aspekte dieser Station den Erwartungen nicht entsprachen. Diesbezüglich sollten Verbesserungsvorschläge geäußert werden.

Die Befragten sollten in der nächsten Frage Aspekte nennen, die ihnen bisher geholfen haben.

Anschließend sollte der Patient sich noch einmal an die Aufnahmesituation bzw. an den Aufnahmeprozess zurück erinnern und sich dazu äußern, was daran besonders gut war bzw. ob das Procedere seinen Erwartungen entsprochen hatte.

Daran schloss sich ein Teil mit sechs speziellen Fragen an, die sich hauptsächlich auf die Struktur und den Aufbau der Psychotherapiestation bezogen.

Der Patient wurde aufgefordert einen Tagesablauf nach seinen Vorstellungen zu schildern und zu bekunden, inwieweit er selbst eine Einflussmöglichkeit auf seine Behandlung haben sollte. Außerdem sollte der Befragte angeben, wie das Angebot an sozialen und sportlichen Aktivitäten gestaltet sein sollte. In einer weiteren Frage

konnten die Probanden angeben wie ihrer Meinung nach die einzelnen Räumlichkeiten der Station aufgebaut und ausgestattet sein sollten. Der Teilnehmer wurde in den darauf folgenden zwei Fragen gebeten zu beschreiben, wie er sich zum einen ein „*ideales Verhalten des Pflegepersonal*“ und zum anderen „*ein ideales Verhalten der Ärzte bzw. Therapeuten*“ vorstelle.

Am Ende des Interviews wurden dem Patienten drei Abschlussfragen gestellt.

Der Befragte sollte Angaben dazu machen, welche Gegebenheiten des vorherigen Tages positiv und welche negativ waren. Abschließend wurden vom Teilnehmer dessen Erwartungen vom nächsten Tag erfragt.

#### 4.4 Ergebnisse

Nach einer Beschreibung der Stichprobe sowie der Darstellung der Datenauswertung, werden in diesem Kapitel die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) ausgeführt. Es werden nur solche Aussagen genauer beschrieben, die eine Mindestanzahl im Kategoriensystem von fünf Nennungen aufwiesen. Die vollständigen Tabellen sind in Anhang II, Abschnitt B abgebildet.

##### 4.4.1 Stichprobebeschreibung

Insgesamt wurden 30 Patienten der Psychotherapiestation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg am zweiten oder dritten Tag ihres Aufenthaltes nach ihren Vorstellungen und Erwartungen von und an eine/r für sie idealen Behandlung befragt. Von den im Befragungszeitraum aufgenommenen Patienten verweigerte ein Patient die Teilnahme am Interview.

Neun Probanden waren männlich, 21 waren weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 25,5 Jahren. Die Stichprobe ist in Tabelle 14 abgebildet.

Tabelle 16: Stichprobe des Patienteninterviews

	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>Gesamt</b>
<b>Anteil der Befragten</b>	9	21	30
<b>Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Erhebung</b>			
Zwischen 20 und 25 Jahre	7	12	19
Zwischen 26 und 30 Jahre	1	4	6
Zwischen 31 und 35 Jahre	1	3	4
Zwischen 36 und 40 Jahre	0	2	2
Durchschnittsalter	24,9	26,1	

##### 4.4.2 Datenauswertungen Studie II

Die Protokolle der insgesamt 30 befragten Patienten wurden mittels einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) ausgewertet.

Zweck des Verfahrens nach Mayring ist es, die einzelnen, teilweise sehr ausführlichen Aussagen der Patienten systematisch so weit zu reduzieren, dass nur die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben. Dabei erfolgt eine schrittweise Reduktion des

Ausgangsmaterials durch Generalisierung und Abstraktion der Aussagen, Streichen bedeutungsgleicher, Bündelung inhaltsähnlicher und Konstruktion globaler Aussagen, die zu Kategorien zusammengefasst werden.

Dadurch soll ein präziser Korpus geschaffen werden, der auch nach der Reduktion ein Abbild des Grundmaterials ist.

Es lassen sich hierbei also drei Interpretationsgrundformen differenzieren (Mayring 2003):

*Zusammenfassung:* Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.

*Explikation:* Ziel der Analyse ist es, zu einzelnen fraglichen Textteilen (Begriffen, Sätzen, ....) zusätzliches Material heranzutragen, das das Verständnis erweitert, das die Textstelle erläutert, erklärt, ausdeutet.

*Strukturierung:* Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.

Im ersten Schritt dieses Verfahrens wird zunächst der Text visuell erfasst, es werden Buchstaben, Buchstabencluster, Wörter usw. erkannt, um schließlich ein Netzwerk von Bedeutungseinheiten daraus zu bilden. Die weitere Verarbeitung eines Textes geschieht in reduzierter Weise; der Text wird in einer Art Zusammenfassung zu einem kleineren Netzwerk von Bedeutungseinheiten reduziert. Hierbei können verschiedene Zusammenfassungsstrategien angewendet und unterschieden werden.

### *1. Auslassen*

Präpositionen und Satzelemente der Textbasis können weggelassen werden, solange sie nicht für die Interpretation des Textes von Nöten sind.

### *2. Generalisierung*

Vom Sinn her ähnliche Begriffe können in einem allgemeinen Ausdruck zusammengefasst werden.

### *3. Konstruktion*

Ein Handlungsablauf oder eine Handlungsbeschreibung kann auf einen zentralen Begriff reduziert werden, die den globalen Sachverhalt als Ganzes kennzeichnet.

### *4. Bündelung*

Inhaltlich eng zusammenhängende, aber über den Text zum Teil weit verstreut liegende Satzelemente werden bei der Zusammenfassung auf einmal bzw. als Ganzes wiedergegeben.

Am Ende dieses inhaltsanalytischen Verfahrens steht das Kategoriensystem als zentrales Instrument.

Das sprachliche Material wurde mit Hilfe eines tabellarischen Verfahrens in drei Schritten reduziert. Nachdem in den ersten Schritten der Analyse das Material genau beschrieben und durch die Fragestellung festgelegt wurde, was zusammengefasst werden soll, mussten die Analyseeinheiten bestimmt werden.

Die einzelnen Kodiereinheiten wurden nun in eine knappe, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben. Diesen Schritt bezeichnet man als Paraphrasierung. Dabei werden bereits nicht inhaltstragende (ausschmückende, wiederholende) Textbestandteile ausgelassen. Die im ersten Schritt paraphrasierten Aussagen wurden im darauf folgenden zweiten Schritt einer so genannten Generalisierung, also einer Verallgemeinerung, unterzogen. Der dritte Schritt beschäftigte sich mit der Reduktion der Aussagen, so dass in der letzten Spalte der Tabellen möglichst nur noch einzelne Schlagwörter vorhanden sein sollten.

Die Schlagwörter der Reduktion wurden Frage für Frage sowie Aussage für Aussage in neuen Tabellen geordnet und gebündelt. Anschließend wurden die getroffenen Antworten unter der jeweiligen Fragestellung in ein Kategoriensystem eingeordnet und ausgezählt.

#### **4.4.3 Auswertung der Aussagen**

Es wurden folgende 17 Hauptkategorien entwickelt, die sich sowohl für die Klassifikation positiver als auch negativer Meinungsäußerungen eignen:

1. Räumlichkeiten
2. Therapieangebot/Therapieprogramm
3. Pflegepersonal
4. Ärzte und Therapeuten
5. Therapieziele
6. Sport
7. Mitpatienten
8. Einflussnahme auf eigene Therapie
9. Soziales Angebot
10. Freizeit
11. Aufnahme
12. Essen
13. Problembewältigung
14. Klinikaufenthalt
15. Eingewöhnungszeit
16. Zusammenarbeit
17. Ausgang

Diese Hauptkategorien wurden weiter untergliedert, um die Meinungsäußerungen differenzierter darzustellen. Die einzelnen Kategorienlisten sind aus Anhang II, Abschnitt B ersichtlich.

Im Folgenden werden die wichtigsten Aussagen der jeweiligen Frage dargestellt.

**Bei der ersten Frage** des Patienteninterviews lag der Schwerpunkt der getroffenen Aussagen beim Therapieprogramm, wobei 25 Stichpunkte in diese Kategorie eingeordnet werden konnten. Die Hauptaussage dieser Kategorie mit insgesamt sechs Nennungen bezog sich auf ein „individuelles, ausgewogenes Therapieprogramm“. Die zweithöchste Anzahl der getroffenen Aussagen bezog sich auf die Kategorie „Therapieangebot“ mit der Unterkategorie „Gespräche“ mit insgesamt 23 Nennungen. Die drittgrößte Kategorie bildeten die unterschiedlich genannten Therapieziele der

Patienten mit 20 Nennungen. Neun Nennungen fielen auf den Bereich „Sport“. Zwei weitere wichtige Faktoren mit jeweils sechs Aussagen betrafen die Kategorien „Ehrlichkeit/Offenheit/Vertrauen“ sowie „Zusammenarbeit“. Fünf Nennungen betrafen die Kategorie „Unterstützung“, wobei hier die Unterstützung durch das Pflegepersonal und durch die Ärzte genannt wurde.

**Bei der zweiten Frage** bildete die Kategorie „Therapieziele“ mit insgesamt 41 Nennungen den Schwerpunkt, wobei die Gesamtanzahl der Aussagen sich aus drei Unterkategorien zusammensetzte. Die erste Unterkategorie mit 21 Nennungen bezog sich auf den Bereich „Lebensänderung“, wobei hier Aussagen, wie z. B. „Erlernen eines geregelten Tagesablaufes“ und „Erlernen eines besseren Umgangs mit der Krankheit“ im Vordergrund standen. 14 Nennungen bezogen sich auf die zweite Unterkategorie „Problembewältigung“. „Selbstständigkeit/Selbstbewusstsein“ mit sechs Nennungen bildete die dritte Unterkategorie, wobei hier der Wunsch einiger Patienten geäußert wurde, mehr Selbstständigkeit oder Selbstbewusstsein zu erlangen.

„Ärzte/Therapeuten“ sowie „Therapieangebot“ bildeten mit jeweils sechs Nennungen weitere Kategorien, wobei bei den Aussagen der erstgenannten Kategorie die Hilfsbereitschaft und das Verständnis sowie das Bemühen des Therapeuten oder Arztes im Vordergrund der Aussagen standen.

Beim Therapieangebot wurden Erwartungen, wie z. B. „mehr Therapie zu Beginn der Behandlung“, „Therapie als Wegweiser“ oder „Kurze und intensive Therapie“ geäußert.

**Bei der dritten Frage** des Interviews entfielen die meisten Antworten in die Kategorie „Räumlichkeiten“. Die Gesamtanzahl von 27 Nennungen unterteilte sich in weitere vier Unterkategorien, wobei jeweils acht Nennungen in die Unterkategorie „Patientenzimmer/andere Räume“ sowie in die Unterkategorie „Atmosphäre“ fielen. Bei der Unterkategorie „Atmosphäre“ sahen die Patienten es als positiv an, dass in der Klinik keine Krankenhausatmosphäre herrsche. Des Weiteren fielen sechs Nennungen in den Bereich „Ausstattung der Zimmer“. Die Küche der Station wurde als Unterkategorie insgesamt fünf Mal erwähnt.

Die zweitgrößte Hauptkategorie bildeten mit 15 Nennungen die „Mitpatienten“, wobei hier besonders die gleichaltrigen Mitpatienten sowie die Offenheit dieser und der Kontakt zu ihnen erwähnt wurden.

Die drittgrößte Kategorie bildete das „Therapieangebot“ mit 10 Aussagen, wovon die meisten Äußerungen zum Thema „Sport“ getroffen wurden.

Eine weitere Kategorie mit sechs Nennungen bildete die „Einfindungszeit/Freizeit“ der Patienten.

**Bei der vierten Frage** bildeten die „Räumlichkeiten“ die größte Kategorie mit 23 Nennungen, wobei insgesamt 17 Nennungen in die Unterkategorie „Patientenzimmer/andere Räume“ fielen. Hierbei wurde besonders das Verbot, keine Lebensmittel auf die Zimmer mitnehmen zu dürfen, kritisiert. Auch das „Nichtvorhandensein eines Telefons in den Patientenzimmern“, die „Ungemütlichkeit“ oder die „Unterbringung in einem Mehrbettzimmer“ wurde beanstandet.

Das „Pflegepersonal“ wurde mit 15 Nennungen erwähnt. Die „An- und Abmeldung beim Pflegepersonal“, die „übertriebene Kritik“, das „kühle und abweisende Personal“ sowie das sich beobachtet fühlen der Patienten durch das Personal wurden hierbei unter anderem kritisiert.

Auch bei dieser Frage wurde die drittgrößte Kategorie mit 11 Nennungen vom „Therapieangebot“ gebildet. „Langeweile und wenig Ablenkung zu Beginn der Therapie“ oder „Keine Mal- oder Kunsttherapie“ wurden hier von den Patienten als negative Punkte erwähnt.

Dass die „Türen ab 22 Uhr verschlossen“ waren, bildete eine weitere mit „Ausgang“ benannte Kategorie, wobei hier fünf Aussagen getroffen wurden.

**Bei der fünften Frage** fiel der Großteil der getroffen Antworten in die Kategorie „Räumlichkeiten“ mit 32 Nennungen und 29 Nennungen in der Unterkategorie „Patientenzimmer/andere Räume“. Die Patienten äußerten Verbesserungsvorschläge, wie z. B. „eigenes Bad/sanitäre Anlagen in Patientenzimmern“, „eigenes Telefon im Zimmer“ oder „eigenes TV-Gerät im Zimmer“.

Eine weitere große Kategorie bildete mit 10 Nennungen das „Therapieprogramm“. Ein „vielseitiges Sportprogramm“, aber auch ein „genügendes Angebot zur Auswahl“ wurde von den Befragten geäußert. „individuellere Einzelgespräche“ oder „flexiblere Terminvergabe“ sowie eine „nicht so strikte Tagesprogrammvorgabe“ wurden ebenfalls als Verbesserungsvorschläge genannt.



**Bei der sechsten Frage** des Interviews entfiel der Großteil der getroffenen Aussagen in die Kategorie „Mitpatienten“ mit insgesamt 15 Nennungen. Der „Problemaustausch untereinander“ oder die „Gespräche mit den Mitpatienten“, aber auch das „bessere Verständnis der Mitpatienten durch ähnliche Probleme“ wurden von den Befragten geäußert.

Der „Klinikaufenthalt“ bildete mit 12 Aussagen die zweitgrößte Kategorie, wobei hier der „Abstand“, der „Situationswechsel“, die „Sicherheit“ oder die „gute Abschirmung vom Alltag“ als zentrale Aussagen fielen.

Die drittgrößte Kategorie wurde hier vom „Therapieangebot“ gebildet mit insgesamt 10 Nennungen. „Einzelgespräche“ oder „Gespräche“ an sich, ein „großes und vielseitiges Angebot“, der „Frühspott“ aber auch die „Problembewältigung“ sind nur einige Aussagen, die die Patienten trafen.

**Bei der siebten Frage** fiel der größte Anteil der Antworten in die Kategorie „Pflegepersonal“ mit 17 Nennungen. Hier wurden besonders die „Begleitung bei der Besichtigung der Räumlichkeiten“ oder die „Stationsführung zur Orientierung“ erwähnt. Das „Vorfinden eines freundlichen und netten Personals“, oder das Gefühl des „gut aufgehoben seins“ am Aufnahmetag waren weitere Aussagen der Befragten.

Eine gesonderte Kategorie bildete die „Aufnahme“ mit 10 Nennungen, wobei hier das „ausführliche Erstgespräch“ an sich, der „reibungslose und schnelle Ablauf“ und die ausreichende „Zeit beim Aufnahmegespräch“, aber auch die „gute Aufklärung über den Therapieverlauf“ geäußert wurden.

Die „Mitpatienten“ bildeten eine weitere Kategorie mit 6 Aussagen. Hier wurden Äußerungen wie „die offenen Mitpatienten“ und der „freundliche und gute Empfang der Mitpatienten“ getroffen.

Die letzte Kategorie mit fünf Nennungen bildete die „Eingewöhnung“, wobei Antworten, wie die „Eingewöhnungszeit“ an sich, „Zeit und Ruhe, sich einzufinden“ und die „schrittweise Integration in den Ablauf“ geäußert wurden.

**Die achte Frage** lautete: „Was hätten Sie idealerweise erwartet?“.

Die beiden Hauptkategorien bildeten die „Aufnahme“ mit neun Nennungen und das „Pflegepersonal“ mit sechs Nennungen.

In der erstgenannten Kategorie wurden Erwartungen geäußert, wie „bessere Unterstützung vom Pflorgeteam“, „Aufklärung durch Pflegepersonal bezüglich Therapieangebot“, oder der Wunsch vom Personal mehr umsorgt zu werden.

In der zweitgenannten Kategorie fielen Äußerungen, wie „anstrengender Aufnahmeprozess“, „freundlicherer Empfang“ oder „zuviel Information zu Beginn“.

**Bei der neunten Frage** bildete das „Therapieangebot“ mit 36 Antworten die größte Kategorie. „Gespräche“, ein „abwechslungsreiches“ und „vielfältiges Therapieangebot“, ein „strukturierter“, aber auch „individueller Tagesablauf“ und „genügend Beschäftigung“ und „Ablenkung von den eigenen Problemen“ zählten zu den zentralen Aussagen dieser Kategorie.

19 Nennungen fielen in die zweitgrößte Kategorie „Sport“, wobei hier Aussagen wie „das Angebot eines reichhaltigen Sportprogramms“ oder „Angebot von Frühsport“ getroffen wurden.

Die drittgrößte Kategorie mit 17 Nennungen bildete das „Essen“, wobei die „gemeinsamen Mahlzeiten“, die einzelnen Mahlzeiten, wie das „Frühstück“, das „Mittagessen“ oder das „Abendessen“ sowie „geregelte Mahlzeiten“ bei den Befragten zu einem Tagesablauf dazu zählten.

Die nächste Kategorie mit 13 Nennungen war die „Freizeit“. „Ruhepausen“, ein „Mittelmaß zwischen Freizeit und Therapieverpflichtungen“, auch eine „sinnvolle Freizeitgestaltung“, aber auch der Wunsch nach „nicht soviel Freizeit“ zählten zu den Aussagen.

Der letzte Punkt mit 7 Nennungen waren die „Mitpatienten“, wobei hier Antworten wie z. B. „Aktionen“ und „Unternehmungen mit Mitpatienten“ oder der „Stationsgruppe“, der „gegenseitige Informationsaustausch“, das „Treffen mit den Mitpatienten“ oder „die Gemeinschaft“ an sich von den Patienten geäußert wurden.

**Die zehnte Frage** lautete: *„Inwieweit sollten Sie selbst eine Einflussmöglichkeit auf die Behandlung, z. B. Tagesablauf, Therapieangebot, medikamentöse Behandlung, haben?“*.

Die größte Kategorie mit 34 Nennungen bildete die „Einflussnahme“ selbst, wobei sich diese Kategorie in weitere Unterkategorien aufteilte. Im Folgenden werden nur die wichtigsten zwei Unterkategorien mit den häufigsten Nennungen aufgezählt. Hierzu gehörte die Unterkategorie „Einflussmöglichkeit“ mit 11 Aussagen. So schien eine

„große Einflussnahme“, aber auch eine „Einflussnahme bei der medikamentösen Behandlung“ wichtig für die Befragten zu sein.

Die zweite Unterkategorie bildete die „Mitsprache“ mit sechs Nennungen, wobei die „Mitsprache bei der Medikamenteneinnahme“ oder ein „Mitspracherecht bei Tagesablauf und Therapieangebot“ erwähnt wurden.

Eine weitere Kategorie bildeten die „Ärzte und Therapeuten“ mit 16 Aussagen. Eine „Aufklärung über das Therapiekonzept“ oder eine „Aufklärung über Medikamente“ zu erhalten, aber auch „individuelle Absprachen“ zu treffen, sowie eine „gemeinsame Problembewältigung“ vorzunehmen wurden hierbei genannt.

Das „Therapieangebot“ mit 11 Nennungen bildete auch hier eine Kategorie. Äußerungen, wie ein „festgelegtes Therapieschema“ zu haben, „nicht zu wenig Therapie“ zu erhalten oder eine „individuelle Gestaltung des Tagesablaufes“ vorzunehmen, fielen in diese Kategorie.

**Bei der 11. Frage** bildeten die Aussagen, die zur Kategorie „soziales Angebot“ getroffen wurden, die größte Gruppe mit insgesamt 31 Nennungen. Die gemeinsamen Unternehmungen, wie z. B. der „Kinobesuch“ oder ein „Ausflug“, sowie der damit verbundene Kontakt zum anderen wurden mit 11 Nennungen erwähnt.

Die Kategorie „Sport“ mit 27 Nennungen bildet die zweitgrößte Kategorie, wobei zum einen ein „vielseitiges Sportangebot“ mit „verschiedenen Sportarten“ mit 5 Nennungen, zum anderen aber auch „weniger Sport“ oder ein „richtiges Maß an Sport“ mit ebenso vielen Nennungen angegeben wurde.

**Bei der 12. Frage** kristallisierten sich neben der Hauptkategorie „Räumlichkeiten“ mit insgesamt 88 Nennungen weitere sechs Unterkategorien heraus. Die „Patientenzimmer“ bildeten mit 43 Nennungen die größte dieser Unterkategorien. Die „persönlichere Gestaltung der Patientenzimmer mit Pflanzen und Bildern“, aber auch ein „eigenes Telefon“ sowie „eigene sanitäre Anlagen“ sind die meistgenannten Themen dieser Kategorie.

Die zweitgrößte Anzahl mit 13 Nennungen fiel auf die Kategorie „Gemeinschaftsräume“. Ein „gemütlicherer sowie größerer Gemeinschaftsraum“, oder die „Trennung zwischen Fernseh- und Gemeinschaftsraum“ waren hierbei die zentralen Aussagen.

Die drittgrößte Unterkategorie mit 10 Nennungen bildeten die Antworten der Befragten, die die Zufriedenheit mit den gegebenen Räumlichkeiten widerspiegelte.

Die viertgrößte Anzahl mit 9 Nennungen entfiel auf die Unterkategorie „Bilder/Wände“, wobei hier die „Verschönerung der Räumlichkeiten durch andere Bilder“ oder „eine andere Farbgestaltung der Wände“ als Veränderungsvorschläge von den Befragten genannt wurden.

In die Kategorie „Ausstattung“ mit 6 Nennungen fielen Aussagen wie z. B. der Wunsch nach einem „Tischfußball“ oder einem „Billardtisch“, die „Möglichkeit der Bücherausleihe“ oder eine „Pinnwand für persönliche Dinge“.

Die letzte Unterkategorie dieser Frage bildeten die „Räumlichkeiten allgemein“ mit 5 Nennungen. „Wohnliche und nicht zu steril wirkende Räumlichkeiten“ wurden hier von den Patienten angegeben.

**Bei der 13. Frage** spaltete sich die Hauptkategorie „Pflegepersonal“ mit 80 Nennungen in weitere Unterkategorien auf.

13 Aussagen entfielen in die Unterkategorie „Probleme“, wobei die „Ansprechbarkeit des Pflegepersonals bei Problemen“ ein zentrales Thema dieser Kategorie darstellte.

Außerdem sollte das Pflegepersonal „freundlich und nett“ (12 Nennungen), aber auch „verständnisvoll und einfühlsam“ sein (6 Nennungen), „Respekt und Interesse jedem Einzelnen gegenüber“ zeigen (6 Nennungen), „kompromissbereit sein“ (5 Nennungen), „Patientenregeln aufstellen“ und „konstruktive Kritik ausüben“ (5 Nennungen) sowie die „Intimsphäre der Patienten wahren können“ (5 Nennungen).

**Bei Frage 14** spalteten sich aus der Hauptkategorie „Ärzte und Therapeuten“ mit 78 Nennungen weitere Unterkategorien ab.

Die Ärzte und Therapeuten sollten „Zeit für Gespräche“ haben (10 Nennungen), sie sollten „die Patienten normal behandeln“ und „sie nicht daran erinnern, dass diese sich in einer Klinik befinden“ (10 Nennungen), sie sollten „einfühlsam und verständnisvoll sein“ (8 Nennungen), „Denkanstöße geben“ und „die Patienten herausfordern“ (8 Nennungen), „freundlich und nett“ (5 Nennungen), „hilfsbereit“ (5 Nennungen) und „offen sein“ (5 Nennungen) sowie „sich Gedanken um jeden Einzelnen machen“ und „individuell auf jeden eingehen“ (5 Nennungen).

**Frage 15** lautete: „Wenn Sie an den gestrigen Tag denken, was fanden Sie besonders gut?“

Die Kategorie „Mitpatienten“ bildete mit 12 Nennungen die größte Gruppe. Die Befragten befanden hierbei die „Unterhaltungen mit den Mitpatienten“ sowie den „Kontakt zu neuen Leuten“ als besonders gut.

Die nächsten beiden Kategorien mit jeweils 5 Nennungen stellten das „Therapieangebot“ und das „Pflegepersonal“ dar.

Die Hauptkategorie „Therapieangebot“ unterteilte sich nochmals in die Unterkategorie „Gespräche“. Als besonders gut bewerteten die Patienten das „Aufnahmegespräch“, das „Erstgespräch“, aber auch die „Gruppentherapie“.

In der Kategorie „Pflegepersonal“ wurde der „herzliche Empfang“ gelobt, aber auch, dass sich das Pflegepersonal Zeit nahm und Verständnis zeigte.

**Bei Frage 16** kristallisierten sich zwei Kategorien heraus: „Räumlichkeiten“ mit 6 Nennungen und „Therapieangebot“ mit 5 Nennungen.

Bei den Räumlichkeiten wurden die Atmosphäre und die ungewohnte Umgebung kritisiert, die „Ausstattung der Patientenzimmer“ bzw. die „Patientenzimmer allgemein“ und der „Zustand der sanitären Anlagen“.

In der Kategorie „Therapieangebot“ wurde einerseits das „zu geringe Angebot zu Therapiebeginn“ und auf der anderen Seite die „große Anzahl an neuen Dingen“ bemängelt.

**Die 17. und letzte Frage** des Interviews lautete: „Was erwarten Sie sich vom morgigen Tag?“

Die Hauptkategorie bildete das „Therapieangebot“ mit insgesamt 20 Nennungen und einer Abspaltung von zwei Unterkategorien mit jeweils fünf Nennungen.

In der Unterkategorie „Therapie“ erwarteten die Befragten ein „größeres Therapieangebot“, „Gruppentherapie“, eine „größere Teilnahme an den Aktivitäten“ sowie „keine Langeweile mehr zu haben“.

In der Unterkategorie „Integration“ erwarteten die Befragten eine „allgemeine Unterstützung zu Beginn“, eine „stärkere Integration ins Programm“ sowie „eine langsame Integration in die Gruppe“.

## **4.5 Diskussion & praktische Konsequenzen**

### **4.5.1 Diskussion der Ergebnisse des Patienteninterviews**

Ziel der Patienteninterviews war es, Erwartungen und Vorstellungen von Patienten einer Psychotherapiestation an ihre bevorstehende Behandlung zu eruieren, um aus den gewonnenen Aussagen einen Fragebogen zu konstruieren. Dieser wiederum sollte von einer anderen Patientengruppe beantwortet werden. In Anlehnung an die von Spießl et al. (1999) durchgeführte Studie wurden zunächst 30 Patienten mittels eines halbstandardisierten Interviews mit vorgegebener Eingangsfrage („*Wie stellen Sie sich die Behandlung insgesamt idealerweise vor, damit Sie voll und ganz zufrieden wären?*“) am ersten bzw. zweiten Tag ihres Aufenthaltes befragt.

Um oben genannte Fehlerquellen zu vermeiden und offene Antworten bei den Beteiligten zu fördern, wurde bei dem Patienteninterview versucht, einen standardisierten Befragungsablauf einzuhalten, der bereits bei einer Erhebung von Levois et al. (1981) in ähnlicher Weise Anwendung fand. Der Interviewer sollte nach Möglichkeit bei positiven, aber auch bei negativen Meinungsäußerungen des Befragten stets dieselbe Begeisterung oder Regung zeigen. Die Befragten wurden dazu ermutigt, offen ihre wirklichen Erwartungen an die bevorstehende Therapie zu äußern. Jedem Patienten wurde erklärt, dass Kritik genauso hilfreich wie Lob sei und dass ihre getroffenen Aussagen keinerlei Nachteile für ihre anschließende Therapie mit sich bringen würden. Der Interviewer war dem jeweiligen Teilnehmer der Befragung nicht bekannt und gehörte auch nicht zum behandelnden Team. Bei dem Befrager handelte es sich stets um ein und dieselbe Person, so dass Fehlerquellen durch verschiedene Interviewer, wie z. B. unterschiedliche Gesprächsführung, minimiert wurden. Ein Informationsblatt über den Ablauf des Interviews wurde dem Patienten spätestens 24 Stunden zuvor ausgehändigt. Willigte der Patient in das Interview ein, brachte er zur Durchführung eine unterschriebene Einwilligungserklärung mit. Mit der Unterschrift des Patienten sollte dessen freiwillige Teilnahme an der Studie und die vertrauliche Behandlung aller Informationen und Ergebnisse dokumentiert werden. Vor dem Beginn des Interviews wurde noch einmal sichergestellt, ob der Patient noch Fragen zum Ablauf habe und dass es nicht zwingend notwendig sei, zu jeder gestellten Frage eine Antwort zu geben.

Obwohl die untersuchten Patienten akut krank waren, waren ihre Aussagen im Interview zu ihren Erwartungen und Vorstellungen an die stationäre

psychotherapeutische Behandlung plausibel, was durch die zahlreichen identischen Äußerungen unterstrichen wird. Die Angaben der Patienten dürften aufgrund der Stichprobenauswahl und der hohen Antwortrate repräsentativ für die Patienten der gesamten Psychotherapiestation zumindest für diese Klinik sein.

Inhaltlich überraschten die genannten Erwartungen und Vorstellungen der Patienten nicht, sie stehen vielmehr im Einklang mit den Ergebnissen bisheriger Studien (vgl. Spießl et al. 1999; Hansson et al. 1993): Die meisten Nennungen betrafen die Kategorie „Räumlichkeiten“. So wurde die Ausstattung der Patientenzimmer aber auch der anderen Räume bemängelt. Die Zimmer seien sehr unpersönlich, die Wände seien zu kahl, dadurch würde eine sterile Atmosphäre herrschen. Einige Patienten wünschten sich für jedes Patientenzimmer ein eigenes Bad. Andere Patienten waren mit den Räumlichkeiten sehr zufrieden. Sie bewerteten den Gemeinschaftsraum als groß genug und die Küche und der Essensraum als gemütlich. Die zweitgrößte Kategorie bildete das Therapieangebot. Hierbei kristallisierte sich u. a. die Unterkategorie „Gespräche“ heraus. Regelmäßiger Kontakt zum Arzt bzw. Therapeuten oder zum Pflegepersonal in Form von Gesprächen und genügend Zeit für Gespräche war für viele Patienten sehr wichtig, wobei sie sich neben dem therapeutischen Aspekt auch emotionale Unterstützung und Hilfe für ihre Probleme erhofften. Das Therapieangebot der Station sollte vielfältig, abwechslungsreich und strukturiert sein. Die drittgrößte Kategorie bildete das Pflegepersonal. Patienten erwarteten Freundlichkeit, Offenheit und Unterstützung. Das Pflegepersonal sollte stets bei Problemen ansprechbar sein, die Intimsphäre wahren können und eine gute Einführung in den Stationsablauf geben.

Daraus wird ersichtlich, dass sich die getroffenen Aussagen in ein ähnliches Kategoriensystem einteilen ließen, wie dies zuvor bei den offenen Fragen des ZUF durchgeführt wurde.

Für die Itemgenerierung des speziellen Fragebogens (im Folgenden mit SpezFB abgekürzt) der dritten Studie wurden die Häufigkeiten der Aussagen der einzelnen Kategorien und Unterkategorien betrachtet. Für die Bildung einer Frage wurde eine Mindestanzahl von fünf Aussagen der jeweiligen Kategorie oder Unterkategorie festgelegt. Der Fragebogen enthält demnach insgesamt 35 Fragen sowie drei Fragen zu soziodemographischen Daten.

## **5 Studie III**

### **5.1 Fragestellung**

Da bisher im deutschsprachigen Raum keine Erhebungen über die Wertigkeit unterschiedlicher Aspekte der Zufriedenheit psychotherapeutischer Patienten vorliegen, erfolgte in der dritten Studie der Einsatz eines eigens für diese Befragung konzipierten Instruments. Der spezielle Fragebogen (SpezFB) setzte sich aus 35 inhaltsanalytisch generierten Statements des vorangegangenen Patienteninterviews zusammen.

Ziel dieser Querschnittsstudie war es, mit Hilfe dieser Befragung die spezifische Zufriedenheit der Patienten der Klinik für Psychotherapie der Philipps-Universität Marburg sowie der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Bezirksklinikums Mainkofen zu ermitteln. Mit dem Einsatz des Erhebungsinstruments in zwei verschiedenen Häusern sollte zum einen ein repräsentativer Stichprobenumfang erreicht werden und zum anderen ein Vergleich zwischen einer Psychotherapiestation eines städtischen und eines ländlichen Kontextes bezüglich der Beantwortungstendenzen geschaffen werden.

### **5.2 Design und Procedere**

In der prospektiven, kontrollierten Hauptstudie wurden alle ab dem 08. März 2004 bis einschließlich 30. November 2004 stationär aufgenommenen Patienten der Psychotherapiestationen Marburg und Mainkofen am letzten Tag ihres stationären Aufenthaltes gebeten, an der Befragung teilzunehmen. Ein weiteres Einschlusskriterium war eine Mindestaufenthaltsdauer von drei Wochen.

Von der Studie ausgeschlossen waren alle Patienten, die ihren stationären Aufenthalt innerhalb der ersten drei Wochen abbrachen.

Die Befragung erfolgte, wie auch beim ZUF-8, vor der Entlassung. Die Fragebögen wurden, zusammen mit einem Umschlag, am Ende des Aufenthaltes durch das Pflegepersonal verteilt. Nach dessen Beantwortung wurde der Fragebogen vom Patienten in den dafür vorgesehenen Umschlag gesteckt und in einen speziellen Briefkasten der Station anonym eingeworfen. Es folgte die anonyme Auswertung der Fragebögen.

Die Aufklärung über Sinn und Zweck der Befragung erfolgte, wie auch beim ZUF-8, entweder durch den behandelnden Arzt oder durch das Pflegepersonal. Die Teilnahme an der Befragung erfolgte freiwillig und anonymisiert.



Die Daten der Patienten wurden, ebenfalls wie in der ersten Studie, auf einem Erhebungsbogen, welcher nur den unmittelbar an der Studie beteiligten Personen zugänglich war, erfasst, auf ein kommerzielles Tabellenkalkulationsprogramm übertragen und auf einem nur den Untersuchern zugänglichen Speichermedium archiviert. Jeder Fragebogen erhielt nach vollständigem Ausfüllen eine fortlaufende Nummer.

Die Datenspeicherung wurden ausschließlich für die Zwecke dieser Untersuchung vorgenommen und nur für den im Umfang dieser wissenschaftlichen Studie definierten wissenschaftlichen Zweck genutzt (daher keine Notwendigkeit der Zustimmung der Patienten und des Datenschutzbeauftragten nach §11 des hessischen Datenschutzgesetzes). Die Verwendung für andere Zwecke oder die Weitergabe an Dritte war und ist ausgeschlossen.

### **5.3 Stationsbeschreibungen**

Um einen näheren Einblick in den Stationsaufbau, das jeweilige Behandlungskonzept sowie das Patientenkontext der einzelnen Stationen zu erhalten und um die gewonnenen Antworten der Befragten bei der Auswertung besser einordnen zu können, erfolgt nun eine Stationsbeschreibung der Stationen 4A und B11.

Die folgenden Ausführungen dieses Abschnitts sind an die jeweiligen Stationsbroschüren angelehnt.

#### **Psychotherapie-Station 4A**

Die 16 Betten umfassende offene, gemischt-geschlechtliche Station für Psychotherapie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Giessen und Marburg GmbH, Standort Marburg, besteht räumlich aus 2- und 3-Bettzimmer mit zum Teil integrierten sanitärem Bereich sowie separaten sanitären Räumlichkeiten.

In der Station stehen den Patienten ein Gemeinschafts- und Aufenthaltsraum mit TV, eine Stationsküche, ein Mehrzweck- bzw. Lernraum, eine Turnhalle und Extraräume für Sport-, Bewegungs-, Entspannungs- und Physiotherapie zur Verfügung.

*Das Behandlungskonzept* ist kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiert und wird – je nach Problematik des Patienten – durch Elemente anderer Therapierichtungen wie Interpersonelle Therapie und systemische Ansätze ergänzt. Im Rahmen der

Fallkonzeptualisierung im Team werden lern- und verhaltenstheoretische sowie systemische und interpersonelle Aspekte der Lebens- und Krankengeschichte im Hinblick auf ihre Bedeutung für die aktuelle Symptomatik untersucht. Darauf aufbauend wird – orientiert an den jeweiligen Therapiezielen – ein individueller Behandlungsplan entwickelt, der fortlaufend evaluiert und bei Bedarf adaptiert wird.

Das individuell abgestimmte therapeutische Angebot umfasst u. a. Einzel- und Gruppentherapie, Familien- und Paargespräche, verhaltenstherapeutisches Training, Bezugspflege mit Einzelterminen, Konflikt- und Selbstmanagement, Sporttherapie, Entspannungstraining, Bewegungstherapie und Physiotherapie.

**Aufgenommen** werden nach einem ambulanten Vorgespräch Patienten, die unter akuten oder seit längerer Zeit bestehenden seelischen Beeinträchtigungen leiden, wie z. B. affektive Störungen (z. B. Depression), Zwangs- und Angststörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, somatoformen und dissoziativen Störungen, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (wie z. B. Essstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, nicht organische Schlafstörungen) sowie persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

### **Psychosomatisch-psychotherapeutische Station B11**

Die Station B11 ist eine 22 Betten umfassende offene, gemischt-geschlechtliche Station mit psychosomatisch-psychotherapeutischer Ausrichtung.

Sie ist Bestandteil der Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Forensischen Psychiatrie, Neurologie und neurologischen Rehabilitation des Bezirksklinikums Mainkofen.

Räumlich besteht sie aus 2-Bett-Zimmern mit Dusche und WC.

An weiteren Räumlichkeiten stehen den Patienten ein Gruppenraum, der auch für Entspannungsübungen und für ein Selbstsicherheitstraining genutzt wird, ein Speisesaal ein Wohnzimmer mit TV, ein Garten mit überdachter Terrasse und eine Küche zur Verfügung.

**Das Therapiekonzept** mit Gruppen- und Einzeltherapie auf psychodynamischer Grundlage ist patientenorientiert integrativ gestaltet, d.h. entsprechend der medizinischen Notwendigkeit kommen tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische und gesprächspsychotherapeutische Methoden zur Anwendung. Entspannungstherapie, ggf. katathym-imaginative Psychotherapie, Ergotherapie, Bewegungstherapie, Sport und Gymnastik sowie Milieugestaltung im Sinne einer therapeutischen Gemeinschaft sind wesentliche Bausteine des therapeutischen Gesamtplanes. Im Rahmen der soziotherapeutischen Maßnahmen hat auch die Angehörigenarbeit ihren Stellenwert.

In diesem mehrdimensionalen Therapieangebot steht die spezielle Psychotherapie im Zentrum. Diese wird in ihrer Wirksamkeit verstärkt durch Elemente der somatischen und der Soziotherapie. Die eingesetzten Psychotherapiemethoden können generell als Behandlung mit psychologischen Mitteln durch verbale und averbale Kommunikation beschrieben werden. Sie zielen auf eine Milderung bzw. Beseitigung der Krankheitssymptomatik ab, wobei der psychotherapeutische Prozess zu konstruktiven Änderungen im Verhalten und Erleben und in den sozialen Beziehungen bei psychischen Störungen führen soll.

**Die Aufnahme** erfolgt nach einem ambulanten Vorgespräch. Es werden Patienten mit psychogenen Störungen wie Neurosen, Belastungsreaktionen und somatoformen Störungen, Phobien, Angst und Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen, wie z. B. posttraumatische Störungen und Essstörungen, aber auch Depressionen mit ausgeprägten neurotischen Anteilen aufgenommen.

#### **5.4 Erhebungsinstrumente**

Messinstrument dieser dritten Studie war ein Fragebogen, der eigens für diese Erhebung entwickelt wurde und sich aus 15 unterschiedlichen Aspekten zusammensetzte. Er enthielt insgesamt 36 Aussagen sowie drei Felder, in denen die Befragten Angaben zu soziodemographischen Daten machen konnten. In Anhang III, Abschnitt B ist das Erhebungsinstrument vollständig abgebildet.

Nachdem insgesamt 30 Patienten in einem halbstandardisierten Interview basierend auf 17 offenen Fragen (siehe Anhang II, Abschnitt A) zu ihren Erwartungen an ihre bevorstehende Behandlung interviewt wurden, wurden die Aussagen mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayering und Rustemeyer ausgewertet (siehe Anhang II, Abschnitt B). Bei der Erstellung der Fragen für den Fragebogen wurden die Häufigkeiten der Aussagen der nach dem Auswertungsverfahren entstandenen Kategorien und Unterkategorien betrachtet. Für die Bildung einer Frage wurde eine Mindestanzahl von fünf Aussagen der jeweiligen Kategorien bzw. Unterkategorien festgelegt.

Im Folgenden soll die Zusammensetzung des Erhebungsinstrumentes näher erläutert werden.

Eingeleitet wurde die Befragung mit einer kurzen Begrüßung und der Bitte, die nachfolgenden Fragen vollständig zu beantworten. Anschließend folgten die einzelnen Items des Fragebogens, die mit Hilfe einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet werden konnten.

**Fragen zum Pflegepersonal (Fragen 1-4)** sollten darüber Auskunft geben, wie zufrieden die Befragten mit dem Empfang und der Einführung zu Beginn sowie mit der Freundlichkeit, Unterstützung und Hilfsbereitschaft während des stationären Aufenthalts waren. Des Weiteren sollten die Patienten bewerten, inwiefern das Pflegepersonal Verständnis zeigte und bei Problemen ansprechbar war. Die Beantwortung erfolgte über drei verschiedene Skalen, die von „sehr gut“ (1) bis „sehr schlecht“ (5), von „sehr zufrieden“ (1) bis „sehr unzufrieden“ (5) und von „immer“ (1) bis „nie“ (5) reichte.

**Fragen zu Ärzten und Therapeuten (Fragen 5-9)** sollten ermitteln, wie zufrieden die Patienten mit der Freundlichkeit und Offenheit der Ärzte und Therapeuten waren, ob diese Verständnis zeigten sowie ob die Befragten Vertrauen zu ihnen hatten.

Die Bewertung geschah über drei verschiedene Skalen, mit Antwortmöglichkeiten von „sehr gut“ (1) bis „sehr schlecht“ (5), von „sehr zufrieden“ (1) bis „sehr unzufrieden“ (5) und von „eindeutig ja“ (1) bis „eindeutig nein“ (5).

Die Beurteilung der **Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal, Ärzten und Therapeuten (Frage 10)** erfolgte in einer Frage, wobei die eingesetzte Skala von „sehr gut“ (1) bis „sehr schlecht“ (5) reichte.

**Fragen zur Therapie (Fragen 11-12, 14, 17, 31-33)** sollten beantworten, wie die Befragten ihre Einflussmöglichkeit auf ihre eigene Therapie einschätzten und wie zufrieden sie mit der Strukturierung des eigenen Therapieplans, des Tagesablaufs und der Umsetzung der eigenen Therapieziele waren. Des Weiteren sollte der Proband beurteilen, wie er das Therapieangebot und die Möglichkeit einer stationären Therapie fand und ob diese wiederum zu einer besseren Selbsteinschätzung, der Selbständigkeit, des Selbstbewusstseins sowie für die Zukunft zu einer besseren Problembewältigung beigetragen habe.

Die Beantwortung geschah über drei verschiedene Skalen mit den Antwortmöglichkeiten von „sehr gut“ (1) bis „sehr schlecht“ (5), von „sehr zufrieden“ (1) bis „sehr unzufrieden“ (5) und von „eindeutig ja“ (1) bis „eindeutig nein“ (5).

Eine Frage betraf den Bereich der **Eingewöhnungszeit des Patienten zu Beginn des Aufenthaltes (Frage 13)** und wurde mit Hilfe einer fünfstufigen Skala erfasst, die von „viel zu lang“ (1) bis „viel zu kurz“ (5) reichte.

**Das Verhältnis zu den Mitpatienten (Frage 15 und 16)** wurde mit einer Skala bestehend aus zwei Items erhoben. Der Teilnehmende sollte den Kontakt zu seinen Mitpatienten, seine Integration in die Gruppe und den gegenseitigen Austausch beurteilen. Dies geschah über eine Skala mit den Antwortmöglichkeiten von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ sowie „viel zu viel“ bis „viel zu wenig“.

Die aufgeführten vier Fragen zum Bereich **Gespräche (Frage 18-21)** bezogen sich auf das stationäre Aufnahmegespräch mit dem jeweiligen Arzt bzw. dem jeweiligen Therapeuten, auf die Anzahl der Einzelgespräche, deren Dauer sowie auf die Anzahl der Gruppengespräche.

Die Beantwortung der Fragen geschah über Skalen, die die Antwortmöglichkeiten von „sehr angenehm“ (1) bis „sehr unangenehm“ (5), von „viel zu viel“ (1) bis „viel zu wenig“ (5) und von „viel zu lang“ (1) bis „viel zu kurz“ (5) beinhalteten.

**Das sportliche Angebot (Frage 22)**, das im Fragebogen mit einem Item abgebildet war, sollte von den Teilnehmenden mit einer Skala, die von „viel zu viel“ (1) bis „viel zu wenig“ (5) reichte, bewertet werden.

**Fragen zur Freizeitgestaltung (Fragen 23-25)** sollten zum einen das Verhältnis zwischen Freizeitgestaltung und Therapie und zum anderen die bestehenden Möglichkeiten der Freizeitgestaltung über eine Skala von „viel zu viel Freizeit“ (1) bis „viel zu wenig Freizeit“ (5) und von „sehr gut“ (1) bis „sehr schlecht“ (5) ermitteln.

Des Weiteren sollte die erlaubte **Ausgehzeit (Frage 25)** mit Hilfe einer Skala von „viel zu früh“ (1) bis „viel zu spät“ (5) bewertet werden.

**Die Zufriedenheit der Patienten mit den gegebenen Räumlichkeiten (Fragen 26-29)** wurde in einem Frageblock bestehend aus vier Items ermittelt. Hierzu dienten Skalen, die von „sehr gut“ (1) bis „sehr schlecht“ (5) und von „eindeutig ja“ (1) bis „eindeutig nein“ (5) reichten.

Ein Item befasste sich mit den **gemeinsamen Mahlzeiten (Frage 30)** und sollte von den Probanden mit den Antwortmöglichkeiten von „sehr gut“ (1) bis „sehr schlecht“ (5) bewertet werden.

Zusätzlich zu den 33 Zufriedenheitsitems wurde auch hier, wie beim ZUF-8, eine Frage zum **subjektiven Befinden des Patienten (Frage 34)** gestellt, um einen Bezug der subjektiven Befindlichkeitsänderung zur Patientenzufriedenheit herstellen zu können. Allerdings wurde dabei die zuvor vierstufige Skala auf eine fünfstufige erweitert, so dass eine Bewertungsmöglichkeit von „viel besser“ (1) bis „viel schlechter“ (5) bestand.

**Frage 35** sollte ermitteln, ob ein Patient sich, im Falle einer erneuten Erkrankung, **wieder auf der selben Station** behandeln lassen würde. Die Antwortskala reichte von „eindeutig ja“ (1) bis „eindeutig nein“ (5).

Um den individuellen Erfahrungen des Patienten auch hier besser Rechnung tragen und diese bei der Qualitätsentwicklung berücksichtigen zu können, wurde am Ende des Fragebogens eine offene Frage gestellt, bei der der Patient **Lob, Kritik, Verbesserungsvorschläge und weitere Anmerkungen (Frage 36)** äußern konnte.

Im Fragebogen enthalten waren abschließend drei Fragen zur Person. Die Patienten wurden um Angaben zum **Geschlecht, zum Alter und zur Dauer des stationären Aufenthaltes** gebeten.

## 5.5 Ergebnisse

### 5.5.1 Stichprobenbeschreibung und Rücklaufquote

Im Befragungszeitraum zwischen dem 8. März 2004 und 30. November 2004 erhielten alle Patienten, welche die Einschlusskriterien erfüllten, einen Fragebogen. Auf der Station 4A wurden insgesamt 50 und auf der Station B11 insgesamt 90 Exemplare des Fragebogens ausgeteilt. 38 Patienten der Station 4A bzw. 81 Patienten der Station B11 erfüllten die Mindestaufenthaltsdauer von 3 Wochen. Von den 50 bzw. 90 verteilten Exemplaren erhielten wir 34 Fragebögen der Station 4A und 59 der Station B11 zurück. Neben der Nichtaufnahme der Patientenfälle, welche die Mindestaufenthaltsdauer von drei Wochen nicht erfüllten, ergaben sich weitere Ausfälle durch die Nicht- bzw. Doppelbeantwortung einer oder mehrerer Fragen. Der Fragebogen wurde von 27 Patienten der Station 4A bzw. 53 Patienten der Station B11 vollständig beantwortet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 54 % für die Station 4A und 59 % für die Station B11.

22 der Befragten der Station 4A bzw. 37 der Station B11 gaben ihr Geschlecht als weiblich an, 11 (Station 4A) bzw. 20 Patienten (Station B11) als männlich. Das Durchschnittsalter der Station 4A lag bei 30 Jahren, das der Station B11 bei 32 Jahren. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Befragten der Station 4A lag bei 10,4 Wochen, die der Station B11 bei 9,3 Wochen. Die soziodemographischen Charakteristika zeigen die Tabellen 17 und 18.

Ein Vergleich der beiden Stichproben aus Marburg und Mainkofen hinsichtlich Geschlecht, Alter und Dauer des stationären Aufenthaltes, zeigte keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen Marburg und Mainkofen (Geschlecht:  $\chi^2 = 0,028$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,866$  n.s.; Alter:  $T = -1,194$ ,  $df = 69,888$ ,  $p = 0,237$  n.s.; Aufenthaltsdauer:  $T = 1,579$ ,  $df = 86$ ,  $p = 0,118$  n.s.).



Tabelle 17: Soziodemographische Charakteristika der Befragung der Psychotherapiestation 4A Marburg

Variable	Anzahl	In Prozent (%)
<b>Geschlecht</b>		
Frauen	22	66,7
Männer	11	33,3
Keine Angaben	1	2,9
<b>Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Erhebung</b>		
Unter 20 Jahre	3,0	8,8
Zwischen 20 und 40 Jahre	27,0	79,4
Über 40 Jahre	3,0	8,8
Keine Angabe	1,0	2,9
Durchschnittsalter Frauen	29,5	
Durchschnittsalter Männer	30,5	
<b>Dauer des stationären Aufenthaltes</b>		
Zwischen 3 und 10 Wochen	17,0	50,0
Zwischen 11 und 16 Wochen	12,0	35,3
Über 16 Wochen	3,0	8,8
Keine Angabe	2,0	5,9
Durchschnittsaufenthaltsdauer der Frauen in Wochen	10,6	
Durchschnittsaufenthaltsdauer der Männer in Wochen	10,2	

Tabelle 18: Soziodemographische Charakteristika der Befragung der Psychotherapiestation B11 Mainkofen

Variable	Anzahl	In Prozent (%)
<b>Geschlecht</b>		
Frauen	37	62,7
Männer	20	33,9
Keine Angaben	2	3,4
<b>Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Erhebung</b>		
Unter 20 Jahre	5,0	8,5
Zwischen 20 und 40 Jahre	41,0	69,5
Über 40 Jahre	11,0	18,6
Keine Angabe	2,0	3,4
Durchschnittsalter Frauen	31,6	
Durchschnittsalter Männer	32,9	
<b>Dauer des stationären Aufenthaltes</b>		
Zwischen 3 und 10 Wochen	37,0	62,7
Zwischen 11 und 16 Wochen	19,0	32,2
Über 16 Wochen	0	0,0
Keine Angabe	3,0	5,1
Durchschnittsaufenthaltsdauer der Frauen in Wochen	9,0	
Durchschnittsaufenthaltsdauer der Männer in Wochen	9,6	

### 5.5.2 Deskriptive Itemanalysen

Tabelle 17 zeigt die deskriptiven Statistiken aller Items des neu entwickelten Erhebungsinstrumentes. Für 8 Items des SpezFB konnten weder Mittelwert und Standardabweichung, noch Schiefe und Exzess berechnet werden, da es sich bei den Items 13 („Die Eingewöhnungszeit zu Beginn meines Aufenthaltes empfand ich als...“), 16 („Der Austausch mit den Mitpatienten/Innen über Probleme und Erfahrungen empfand ich als...“), 19 („Die Anzahl der Einzelgespräche war für mich...“), 20 („Die Dauer meiner Einzeltherapiegespräche war...“), 21 („Die Anzahl der Gruppengespräche war für mich...“), 22 („Das sportliche Angebot der Station empfand ich als...“), 23 („Das Verhältnis zwischen Freizeitgestaltung und Therapie empfand

*ich als...“*) und 25 (*„Die Zeit, zu der die Station abends geschlossen wird, empfand ich als...“*) mit den Antwortmöglichkeiten *„viel zu lang/viel zu viel/viel zu früh – viel zu kurz/viel zu wenig/viel zu spät“* nicht um intervallskalierte Skalen handelte.

Bei Betrachtung der Minimum- und Maximum-Werte fällt auf, dass bei den Items 1, 3-9, 11, 13-17, 19, 20-27 und 30-35 das Gesamtspektrum der Antwortkategorien nicht ausgenutzt wurde.

Betrachtet man die Mittelwerte der einzelnen Items, stellt man fest, dass, bis auf die Items 29 (*„Sanitäre Ausstattung“*) und 34 (*„Wie geht es Ihnen jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme?“*), nur Antworten unter der Skalenmitte ( $< 2,5$ ) vorkommen (siehe Spalte *„Mittelwert“*). Die Schiefe-Werte zeigen, dass alle Items, bis auf die Items 29 (*„Sanitäre Ausstattung der Station“*) und 34 (*„Wie geht es Ihnen jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme?“*), linkssteil verteilt sind. Item 34 weist eine eher rechtssteile Verteilung auf. Item 29 weist eine symmetrische Verteilung auf (Schiefe-Wert nahe null). Die ungewöhnlichste Verteilung weist Item 31 (*„Möglichkeit eine stationäre Psychotherapie zu machen“*) auf (höchste Schiefe aller Items).

Des Weiteren wird ersichtlich, dass, je nach Item, bei der Station 4A Marburg 2,9% – 5,9% und bei der Station B11 Mainkofen 1,7% - 3,4% fehlende Antworten zu verzeichnen sind.

So wurde Item 22 (*„Das sportliche Angebot der Station empfand ich als...“*) von 2 Befragten der Station 4A bzw. Item 8 (*„Ich hatte den Eindruck, dass meine Probleme von den Ärzten und Therapeuten ernst genommen wurden...“*) sowie Item 24 (*„Die Möglichkeit der Freizeitgestaltung empfand ich als...“*) von jeweils zwei Teilnehmenden der Station B11 nicht beantwortet.

Tabelle 19: Deskriptive Statistik SpezFB, Station 4A Marburg und B11 Mainkofen

Item	M	SD	Min	Max	Schiefe	Schiefe SE	Exzess	Exzess SE	Anzahl gültiger Fragebögen 4A + B11	Anzahl nicht beantworteter Fragen 4A / B11
1	1,70	0,60	1,00	3,00	0,245	0,250	-0,588	0,495	93	0(0%) / 0(0%)
2	1,69	0,83	1,00	5,00	1,105	0,250	1,190	0,495	93	0(0%) / 0(0%)
3	1,58	0,65	1,00	3,00	0,672	0,250	-0,537	0,495	93	0(0%) / 0(0%)
4	1,68	0,73	1,00	4,00	0,755	0,250	-0,063	0,495	93	0(0%) / 0(0%)
5	1,62	0,79	1,00	4,00	1,053	0,250	0,280	0,495	93	0(0%) / 0(0%)
6	1,58	0,65	1,00	3,00	0,672	0,250	-0,537	0,495	93	0(0%) / 0(0%)
7	1,67	0,73	1,00	4,00	0,768	0,251	-0,067	0,498	92	1(2,9%) / 0(0%)
8	1,71	0,79	1,00	4,00	0,698	0,253	-0,617	0,500	91	0(0%) / 2(3,4%)
9	1,61	0,75	1,00	3,00	0,779	0,250	-0,806	0,495	93	0(0%) / 0(0%)
10	1,68	0,75	1,00	5,00	1,392	0,250	3,417	0,495	93	0(0%) / 0(0%)
11	1,91	0,70	1,00	4,00	0,506	0,250	0,410	0,495	93	0(0%) / 0(0%)
12	2,01	0,71	1,00	5,00	1,080	0,250	3,190	0,495	93	0(0%) / 0(0%)
13			1,00	3,00					93	0(0%) / 0(0%)
14	1,95	0,81	1,00	4,00	0,587	0,250	-0,025	0,495	93	0(0%) / 0(0%)
15	1,55	0,67	1,00	4,00	1,274	0,250	2,244	0,495	93	0(0%) / 0(0%)
16			1,00	3,00					93	0(0%) / 0(0%)
17	1,95	0,68	1,00	4,00	0,488	0,250	0,624	0,495	93	0(0%) / 0(0%)
18	1,88	0,86	1,00	5,00	0,971	0,251	1,093	0,498	92	1(2,9%) / 0(0%)
19			1,00	3,00					92	1(2,9%) / 0(0%)
20			1,00	3,00					93	0(0%) / 0(0%)
21			1,00	4,00					93	0(0%) / 0(0%)
22			1,00	3,00					90	2(5,9%) / 1(1,7%)
23			1,00	4,00					93	0(0%) / 0(0%)
24	2,26	0,79	1,00	4,00	0,193	0,253	-0,322	0,500	91	0(0%) / 2(3,4%)
25			1,00	3,00					93	0(0%) / 0(0%)
26	2,07	0,80	1,00	4,00	0,685	0,251	0,428	0,498	92	1(2,9%) / 0(0%)
27	2,39	0,79	1,00	4,00	0,248	0,250	-0,292	0,495	93	0(0%) / 0(0%)
28	2,06	0,92	1,00	5,00	0,903	0,250	1,005	0,495	93	0(0%) / 0(0%)
29	2,84	0,91	1,00	5,00	-0,123	0,251	-0,168	0,498	92	1(2,9%) / 0(0%)
30	1,47	0,64	1,00	4,00	1,270	0,250	1,716	0,495	93	0 (0%) / 0(0%)
31	1,15	0,36	1,00	2,00	1,987	0,250	1,989	0,495	93	0(0%) / 0(0%)
32	1,47	0,73	1,00	4,00	1,374	0,250	0,951	0,495	93	0(0%) / 0(0%)
33	1,58	0,73	1,00	4,00	1,204	0,251	1,218	0,498	92	1(2,9%) / 0(0%)
34	2,60	0,54	1,00	3,00	-0,840	0,251	-0,431	0,498	92	1(2,9%) / 0(0%)
35	1,55	0,80	1,00	4,00	1,249	0,251	0,567	0,498	92	1(1,7%) / 0(0%)

### Legende

- Item 1: Den Empfang und die Einführung durch das Pflegepersonal bei der Aufnahme auf der Station empfand ich als...
- Item 2: Mit der Freundlichkeit des Pflegepersonals während meines stationären Aufenthaltes war ich...
- Item 3: Die Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals empfand ich als...
- Item 4: Ich hatte den Eindruck, dass das Pflegepersonal Verständnis für meine Situation zeigte und stets bei Problemen ansprechbar war.
- Item 5: Mit der Freundlichkeit und Offenheit der Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen war ich...
- Item 6: Die Hilfe und Unterstützung durch die Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen empfand ich als...
- Item 7: Das Verständnis der Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen für meine Situation sowie das Vertrauen, das ich zu Ihnen hatte, empfand ich als...
- Item 8: Ich hatte den Eindruck, dass meine Probleme von den Ärzten/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen ernst genommen wurden und dass ich diese durch gemeinsame Auseinandersetzungen bewältigt habe.
- Item 9: Ich hatte den Eindruck, dass meine Ärzte/Ärztinnen bzw. meine Therapeuten/Therapeutinnen während meiner Behandlung auf mich eingegangen sind, und dass ich von Ihnen akzeptiert wurde.
- Item 10: Die Zusammenarbeit und den gegenseitigen Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzten/Ärztinnen sowie Therapeuten/Therapeutinnen empfand ich als...
- Item 11: Die Einflussmöglichkeiten auf meine eigene Therapie (z.B. Therapieplan, medikamentöse Behandlung) empfand ich als...
- Item 12: Mit der Strukturierung meines eigenen Therapieplanes und auch meines Tagesablaufes war ich...
- Item 13: Die Eingewöhnungszeit zu Beginn meines Aufenthaltes empfand ich als...
- Item 14: Mit der Umsetzung meiner Therapieziele bin ich...
- Item 15: Der Kontakt zu meinen Mitpatienten/Mitpatientinnen sowie meine Integration in die Gruppe empfand ich als...
- Item 16: Der Austausch mit den Mitpatienten/Mitpatientinnen über Probleme und Erfahrungen empfand ich als...
- Item 17: Das Therapieangebot der Station empfand ich als...
- Item 18: Das stationäre Aufnahmegespräch mit meinem/r Arzt/Ärztin bzw. Therapeut/Therapeutin empfand ich als...
- Item 19: Die Anzahl der Einzelgespräche war für mich...
- Item 20: Die Dauer meiner Einzeltherapiegespräche war...
- Item 21: Die Anzahl der Gruppengespräche war für mich...
- Item 22: Das sportliche Angebot der Station 4A empfand ich als...
- Item 23: Das Verhältnis zwischen Freizeitgestaltung und Therapie empfand ich als...
- Item 24: Die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung empfand ich als...
- Item 25: Die Zeit, zu der die Station abends geschlossen wird, empfand ich als...
- Item 26: Die Aufteilung und Ausstattung der Räumlichkeiten insgesamt (Patientenzimmer, Gemeinschaftsräume, Küche usw.) empfand ich als...
- Item 27: Die Einrichtung und Ausstattung der Patientenzimmer empfand ich als...
- Item 28: Die Atmosphäre der Station empfand ich als wohnlich.
- Item 29: Die sanitäre Ausstattung der Station (Duschen/Toiletten) empfand ich als...
- Item 30: Dass die Mahlzeiten gemeinsam eingenommen wurden, empfand ich als...
- Item 31: Dass ich überhaupt die Möglichkeit hatte, eine stationäre Psychotherapie zu machen, empfand ich als...
- Item 32: Die Therapie hat mir geholfen, eine bessere Selbsteinschätzung zu erlangen und meine Selbständigkeit und mein Selbstbewusstsein zu verbessern.
- Item 33: Ich habe den Eindruck, dass es mir durch die Therapie besser gelingt, meine Probleme alleine zu bewältigen und von mir gewünschte Veränderungen meiner Lebenssituation zu beeinflussen.
- Item 34: Wie geht es Ihnen jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme?
- Item 35: Würden Sie im Falle einer erneuten Erkrankung wieder auf unsere Station kommen?

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min = Minimum; Max = Maximum,  
SE = Standardfehler (\* =  $p < 0,05$ ; \*\* =  $p < 0,01$ ; \*\*\* =  $p < 0,001$ ; weder in der Schiefe noch im Exzess waren die Werte signifikant von Null verschieden)

### 5.5.3 Faktorenanalytische Ergebnisse für 27 Items

Um die Dimensionalität des Instrumentes zu ermitteln, wurden die Items einer explorativen Faktorenanalyse unterzogen. 8 Items mussten, wie auch bei den deskriptiven Itemanalysen (s. 5.5.2), aus den faktorenanalytischen Berechnungen ausgeschlossen werden, da es sich bei den Items 13 („Die Eingewöhnungszeit zu Beginn meines Aufenthaltes empfand ich als...“), 16 („Der Austausch mit den Mitpatienten/Innen über Probleme und Erfahrungen empfand ich als...“), 19 („Die Anzahl der Einzelgespräche war für mich...“), 20 („Die Dauer meiner Einzeltherapiegespräche war...“), 21 („Die Anzahl der Gruppengespräche war für mich...“), 22 („Das sportliche Angebot der Station empfand ich als...“), 23 („Das Verhältnis zwischen Freizeitgestaltung und Therapie empfand ich als...“) und 25 („Die

*Zeit, zu der die Station abends geschlossen wird, empfand ich als...*“) mit den Antwortmöglichkeiten „viel zu lang/viel zu viel/viel zu früh – viel zu kurz/viel zu wenig/viel zu spät“ zum einen um nicht intervallskalierte Skalen handelt und zum anderen keine eindeutige Polung in eine Richtung erkennbar ist, war es nicht möglich, diese einer Faktorenanalyse zu unterziehen. In die nun folgenden Berechnungen wurden demnach nur 27 Items aufgenommen.

Für die faktorenanalytische Untersuchung wurden die beiden Stichproben aus Marburg und Mainkofen zusammengefasst. Dies war notwendig, weil nach Bühner (2006) mindestens eine Stichprobe von  $N = 60$  für eine Faktorenanalyse Voraussetzung ist. Dabei müssen die Kommunalitäten der Items aber mindestens bei  $h^2 = 0,60$  liegen. Dieses Vorgehen war auch deshalb möglich, da einerseits beide Probandengruppen aus dem Bereich der Psychotherapie stammen und sich andererseits die Stichproben hinsichtlich Geschlecht, Alter und stationärer Aufenthaltsdauer nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Wie aus Tabelle 20 ersichtlich wird, zeigten 23 Items eine Kommunalität, die über der Mindestanforderung von  $h^2 = 0,60$  lag. Item 1 (*„Empfang und Einführung durch Pflege bei Aufnahme“*), 3 (*„Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals“*), 11 (*„Einflussmöglichkeit auf eigene Therapie“*) und 35 (*„Würden Sie im Falle einer erneuten Erkrankung wieder auf unsere Station kommen?“*) erfüllten nicht die Bedingung. Da aber der Großteil der Items eine genügend hohe Kommunalität zeigte, konnte von einer ausreichend großen Stichprobe (insgesamt  $N = 93$ ) ausgegangen werden.

Tabelle 20: Kommunalitäten für 27 Items (N = 93)

Item-Abkürzung	Anfänglich	Extraktion
1: Empfang und Einführung durch Pflege bei Aufnahme	1,000	0,538
2: Freundlichkeit Pflege während stationären Aufenthalt	1,000	0,644
3: Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals	1,000	0,570
4: Verständnis des Pflegepersonals für Situation, stets bei Problemen ansprechbar	1,000	0,664
5: Freundlichkeit und Offenheit der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	1,000	0,752
6: Hilfe und Unterstützung durch Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	1,000	0,749
7: Verständnis der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen für Situation und Vertrauen zu Ihnen	1,000	0,719
8: Eindruck, dass Probleme von Ärzten/Innen und Therapeuten/Innen ernst genommen wurden...	1,000	0,804
9: Eindruck, dass Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen auf mich eingegangen sind und ich von Ihnen akzeptiert wurde	1,000	0,758
10: Zusammenarbeit und gegenseitiger Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	1,000	0,676
11: Einflussmöglichkeit auf eigene Therapie	1,000	0,599
12: Strukturierung meines eigenen Therapieplanes und meines Tagesablaufes	1,000	0,728
14: Umsetzung meiner Therapieziele	1,000	0,636
15: Kontakt zu Mitpatienten/Innen sowie meine Integration	1,000	0,750
17: Therapieangebot der Station	1,000	0,658
18: Stationäres Aufnahmegespräch mit Arzt/In bzw. Therapeut/In	1,000	0,647
24: Möglichkeit der Freizeitgestaltung	1,000	0,603
26: Aufteilung und Ausstattung der Räumlichkeiten insgesamt	1,000	0,835
27: Einrichtung und Ausstattung der Patientenzimmer	1,000	0,812
28: Atmosphäre der Station empfand ich wohnlich	1,000	0,726
29: Sanitäre Ausstattung der Station (Dusche/Toiletten)	1,000	0,747
30: Mahlzeiten gemeinsam eingenommen	1,000	0,658
31: Möglichkeit eine stationäre Psychotherapie zu machen	1,000	0,741
32: Therapie hat mir geholfen, eine bessere Selbsteinschätzung zu erlangen und meine Selbstständigkeit und mein Selbstbewusstsein zu verbessern	1,000	0,806

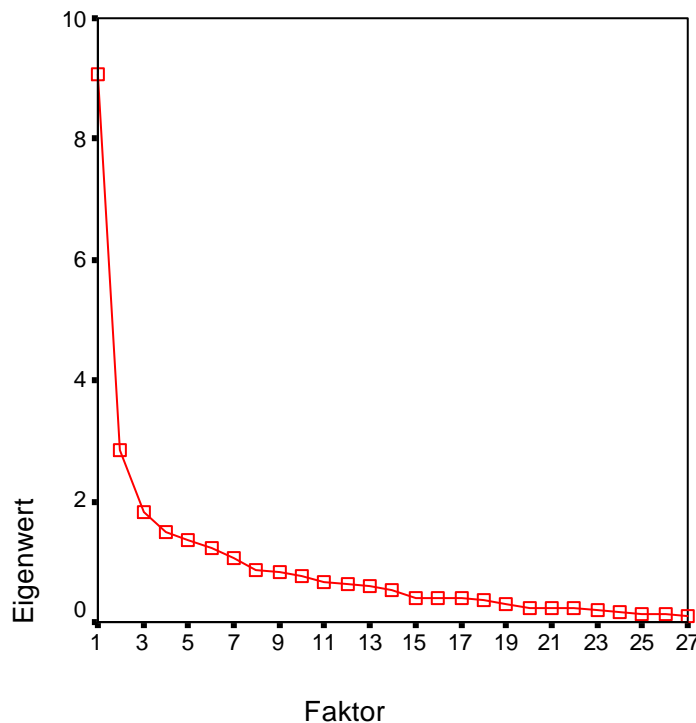
Tabelle 20: Fortsetzung

Item-Abkürzung	Anfänglich	Extraktion
<b>33:</b> Eindruck, dass es mir durch Therapie besser gelingt, meine Probleme zu bewältigen und von mir gewünschte Veränderungen meiner Lebenssituation zu beeinflussen	1,000	0,776
<b>34:</b> Wie geht es Ihnen jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt zur Aufnahme?	1,000	0,699
<b>35:</b> Würden Sie im Falle einer erneuten Erkrankung wieder auf unsere Station kommen?	1,000	0,560

Im Anschluss wurden 27 Items einer ersten Faktorenanalyse unterzogen. Zunächst wurde als Extraktionskriterium die voreingestellte Variante genutzt, bei der alle Faktoren mit einem Eigenwert größer als Eins ausgewählt wurden. Das Kaiser-Meyer-Olkin-Maß prüft die Angemessenheit der Stichprobe für eine solche Analyse und ist hier mit 0,82 größer als die Mindestanforderung von 0,60 (Bühner 2006) (siehe Tabelle 21). Für die Berechnung wurde als faktorenanalytisches Verfahren die Hauptkomponentenanalyse eingesetzt. Als Rotationsmethode wurde Varimax gewählt. Das Ergebnis zeigt 7 extrahierte Faktoren. Durch diese sieben Komponenten (Eigenwerte: Faktor I = 9,06; Faktor II = 2,86; Faktor III = 1,81; Faktor IV = 1,49; Faktor V = 1,36; Faktor VI = 1,21; Faktor VII = 1,06) werden 69,83 % an der Gesamtvarianz aufgeklärt (s. Tabelle 22). Graphisch zeigt der Screeplot anders als die berechnete Anfangslösung nur 3 Faktoren an (s. Abbildung 13).



Abbildung 13: Screeplot zur Faktorenanalyse für 27 Items (N = 93)



Die Items 5, 6, 7, 8 und 9 luden dabei mit Werten von  $a = 0,721$  bis  $a = 0,810$  eindeutig auf dem ersten Faktor. Der zweiten Dimension konnten die Items 14, 32, 33 und 34 mit Ladungen zwischen  $a = 0,709$  und  $a = 0,857$  zugeordnet werden. Während dem dritten Faktor die Items 11, 12, 17 und 24 mit Ladungen zwischen  $a = 0,560$  und  $a = 0,750$  zugesprochen werden konnten, luden die Items 2, 3 und 15 mit Werten von  $a = 0,540$  bis  $a = 0,802$  auf dem vierten Faktor. Auf dem fünften Faktor luden die Items 26, 27 und 29 mit Ladungen von  $a = 0,575$  und  $a = 0,861$ . Der sechsten und siebten Dimension konnten jeweils ein Item (Item 18 mit einer Ladung von  $a = 0,753$  für Dimension VI und Item 35 mit einer Ladung von  $a = 0,460$  für Dimension VII) eindeutig zugewiesen werden.

Die Items 1, 4, 10, 28, 29 und 31 wiesen Doppelladungen auf: Item 1 lud sowohl mit  $a = 0,506$  auf den vierten als auch mit  $a = 0,471$  auf dem siebten Faktor, Item 4 mit  $a = 0,471$  auf dem dritten und  $a = 0,553$  auf dem vierten Faktor, Item 10 mit  $a = 0,535$  auf dem dritten und  $a = 0,450$  auf dem sechsten Faktor, Item 28 mit Werten von  $a = 0,490$  auf dem dritten sowie mit  $a = 0,563$  auf dem vierten Faktor, Item 29 mit  $a = 0,575$  auf der fünften Dimension und  $a = 0,493$  auf der siebten Dimension sowie Item 31 mit Werten von  $a = 0,545$  auf dem sechsten und  $a = 0,459$  auf der siebten Dimension.

Die 7-Faktorenanfangslösung zeigte, dass sich 5 Faktoren inhaltlich recht konsistent interpretieren lassen, während auf Faktor VI und VII verschiedenste Items laden.

Dabei erfasste Faktor I Aspekte der Zufriedenheit mit den Ärzten bzw. Therapeuten, Faktor II Aspekte der Zufriedenheit mit der Therapie und des Therapieergebnisses und Faktor III Aspekte der Zufriedenheit mit der Therapiegestaltung. Während Faktor IV Aspekte der Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal abbildete, erfasste Faktor V Zufriedenheitsaspekte mit den Räumlichkeiten.

Insgesamt gesehen laden aber nicht alle Items eindeutig auf einen Faktor, sondern häufig auf zwei Komponenten. Zusätzlich fanden sich innerhalb der konsistenten Faktoren immer wieder vereinzelt Items, die thematisch bzw. inhaltlich einem anderen Faktor zugeordnet werden können (siehe Item 10, 15, 28 und 34).

Tabelle 21: KMO- und Bartlett-Test für 27 Items (N = 93)

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin		<b>0,819</b>
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	1225,842
	df	351
	Signifikanz nach Bartlett	0,000

Tabelle 22: Erklärte Gesamtvarianz bei einer 7-Faktorlösung für 27 Items (N = 93)

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Rotierte Summe der Eigenwerte		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
<b>1</b>	9,059	33,553	33,553	3,748	13,882	13,882
<b>2</b>	2,863	10,605	44,158	3,327	12,322	26,203
<b>3</b>	1,807	6,692	50,850	3,207	11,877	38,081
<b>4</b>	1,490	5,520	56,370	2,739	10,144	48,224
<b>5</b>	1,360	5,039	61,409	2,275	8,425	56,649
<b>6</b>	1,210	4,480	65,889	1,838	6,806	63,455
<b>7</b>	1,064	3,939	73,040	1,721	6,373	69,828

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse

Tabelle 23: Rotierte Faktorenmatrix bei einer 7-Faktorlösung für 27 Items (N = 93)

Item- Abkürzung	FA I a	FA II a	FA III a	FA IV a	FA V a	FA VI a	FA VII a
1: Empfang und Einführung durch Pflege bei Aufnahme	0,041	-0,084	0,202	<b>0,506</b>	0,021	0,100	<b>0,471</b>
2: Freundlichkeit Pflege während stationären Aufenthalt	0,329	0,002	0,177	<b>0,632</b>	0,063	0,118	0,296
3: Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals	0,277	0,068	0,235	<b>0,540</b>	0,180	0,086	0,318
4: Verständnis des Pflegepersonals für Situation, stets bei Problemen ansprechbar	0,351	0,021	<b>0,471</b>	<b>0,553</b>	0,043	0,101	0,036
5: Freundlichkeit und Offenheit der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	<b>0,776</b>	0,094	0,260	0,093	0,105	0,118	0,197
6: Hilfe und Unterstützung durch Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	<b>0,721</b>	0,238	0,051	0,147	0,160	0,019	0,350
7: Verständnis der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen für Situation und Vertrauen zu Ihnen	<b>0,739</b>	0,290	0,033	0,113	-0,082	0,243	0,095
8: Eindruck, dass Probleme von Ärzten/Innen und Therapeuten/Innen ernst genommen wurden...	<b>0,725</b>	0,363	0,236	0,105	0,075	0,133	-0,235
9: Eindruck, dass Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen auf mich eingegangen sind und ich von Ihnen akzeptiert wurde	<b>0,810</b>	0,193	0,186	0,075	0,108	0,097	-0,054
10: Zusammenarbeit und gegenseitiger Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	0,088	0,139	<b>0,535</b>	0,216	-0,081	<b>0,450</b>	0,326
11: Einflussmöglichkeit auf eigene Therapie	0,186	0,252	<b>0,560</b>	0,169	0,149	-0,014	0,369
12: Strukturierung meines eigenen Therapieplanes und meines Tagesablaufes	0,134	0,125	<b>0,750</b>	0,222	-0,035	0,139	0,250

Tabelle 23: Fortsetzung

Item-Abkürzung	FA I a	FA II a	FA III a	FA IV a	FA V a	FA VI a	FA VII a
14: Umsetzung meiner Therapieziele	0,338	<b>0,709</b>	0,115	0,063	-0,007	0,023	0,042
15: Kontakt zu Mitpatienten/Innen sowie meine Integration	-0,034	0,262	-0,087	<b>0,802</b>	0,130	0,004	-0,112
17: Therapieangebot der Station	0,154	-0,011	<b>0,730</b>	-0,100	0,249	0,150	0,080
18: Stationäres Aufnahmegespräch mit Arzt/In bzw. Therapeut/In	0,268	-0,023	0,010	-0,003	0,091	<b>0,753</b>	-0,013
24: Möglichkeit der Freizeitgestaltung	0,216	0,080	<b>0,650</b>	0,191	0,239	-0,048	-0,175
26: Aufteilung und Ausstattung der Räumlichkeiten insgesamt	0,067	0,120	0,132	0,366	<b>0,806</b>	0,122	0,011
27: Einrichtung und Ausstattung der Patientenzimmer	0,116	0,056	0,155	0,037	<b>0,861</b>	0,144	0,084
28: Atmosphäre der Station empfand ich wohnlich	0,021	-0,022	<b>0,490</b>	<b>0,563</b>	0,309	0,268	0,019
29: Sanitäre Ausstattung der Station (Dusche/Toiletten)	0,101	0,080	0,367	0,042	<b>0,575</b>	-0,145	<b>0,493</b>
30: Mahlzeiten gemeinsam eingenommen	0,159	0,161	0,290	0,312	0,099	<b>0,644</b>	0,015
31: Möglichkeit eine stationäre Psychotherapie zu machen	-0,007	0,417	0,117	0,088	0,197	<b>0,545</b>	<b>0,459</b>
32: Therapie hat mir geholfen, eine bessere Selbsteinschätzung zu erlangen und meine Selbstständigkeit und mein Selbstbewusstsein zu verbessern	0,239	<b>0,849</b>	0,089	0,073	0,058	0,082	0,065
33: Eindruck, dass es mir durch Therapie besser gelingt, meine Probleme zu bewältigen und von mir gewünschte Veränderungen meiner Lebenssituation zu beeinflussen	0,146	<b>0,857</b>	0,100	-0,006	-0,050	0,055	-0,068

Tabelle 23: Fortsetzung

Item-Abkürzung	FA I a	FA II a	FA III a	FA IV a	FA V a	FA VI a	FA VII a
<b>34:</b> Wie geht es Ihnen jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt zur Aufnahme?	0,140	<b>0,737</b>	-0,032	0,118	0,275	0,050	0,209
<b>35:</b> Würden Sie im Falle einer erneuten Erkrankung wieder auf unsere Station kommen?	<b>0,342</b>	0,312	0,158	0,169	0,231	0,169	<b>0,460</b>

FA I = Faktor 1; FA II = Faktor 2; FA III = Faktor 3; FA IV = Faktor 4; FA V = Faktor 5; FA VI = Faktor 6; FA VII = Faktor 7; a = Faktorladungen.

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. Die Rotation ist in 9 Iterationen konvergiert.

### 5.5.4 Reliabilitätsanalyse für 27 Items

Neben der faktorenanalytischen Untersuchung wurden die 27 Items auch einer ersten Reliabilitätsanalyse unterzogen. Der Alpha-Koeffizient nach Cronbach lag bei  $\alpha = 0,918$  und sprach für eine sehr gute interne Konsistenz. Wird jedoch die Trennschärfe betrachtet (s. Tabelle 24), dann zeigt sich, dass Item 18 („Stationäres Aufnahmegespräch mit Arzt/Ärztin bzw. Therapeut/Therapeutin“) mit  $r_{it} = 0,31$  nur eine ungenügende Trennschärfe aufweist (Diehl und Kohr 1979; Bühner 2006). Bei Betrachtung der Reliabilität fällt auf, dass bei einem Wegfall dieses Items die Gesamtreliabilität auf  $\alpha = 0,919$  ansteigt, so dass ein Ausschluss des Items 18 angemessen ist. Die Items 15 („Kontakt zu Mitpatienten sowie meine Integration“) und 33 („Eindruck, dass es mir durch die Therapie besser gelingt, meine Probleme allein zu bewältigen...“) lagen ebenfalls unter der Mindestanforderung für Trennschärfekoeffizienten von  $r_{it} \geq 0,40$  (Diehl und Kohr 1979; Bühner 2006). Der Wegfall dieser Items führt zu keinem Verlust der Gesamtreliabilität, so dass beide ausgeschlossen werden. Item 1 („Empfang und Einführung durch Pflege bei Aufnahme“) liegt mit einem Trennschärfekoeffizient von  $r_{it} = 0,39$  knapp unter der Mindestanforderung und wird daher ebenfalls eliminiert. Die übrigen Items können mit  $r_{it} \geq 0,40$  bis  $r_{it} = 0,64$  als genügend trennscharf angesehen werden.

Tabelle 24: Reliabilitätsanalyse für 27 Items (N = 93)

Item	Trennschärfe $r_{it}$	Cronbachs Alpha der Skala bei Fortfall des Items $\alpha_i$
<b>1: Empfang und Einführung durch Pflege bei Aufnahme</b>	<b>0,39</b>	<b>0,917</b>
<b>2: Freundlichkeit Pflege während stationären Aufenthalt</b>	0,57	0,915
<b>3: Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals</b>	0,59	0,914
<b>4: Verständnis des Pflegepersonals für Situation, stets bei Problemen ansprechbar</b>	0,62	0,914
<b>5: Freundlichkeit und Offenheit der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen</b>	0,64	0,913
<b>6: Hilfe und Unterstützung durch Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen</b>	0,63	0,914
<b>7: Verständnis der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen für Situation und Vertrauen zu Ihnen</b>	0,56	0,915
<b>8: Eindruck, dass Probleme von Ärzten/Innen und Therapeuten/Innen ernst genommen Wurden...</b>	0,60	0,914
<b>9: Eindruck, dass Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen auf mich eingegangen sind und ich von Ihnen akzeptiert wurde</b>	0,59	0,914
<b>10: Zusammenarbeit und gegenseitiger Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen</b>	0,56	0,915
<b>11: Einflussmöglichkeit auf eigene Therapie</b>	0,61	0,914
<b>12: Strukturierung meines eigenen Therapieplanes und meines Tagesablaufes</b>	0,59	0,914
<b>14: Umsetzung meiner Therapieziele</b>	0,49	0,916
<b>15: Kontakt zu Mitpatienten/Innen sowie meine Integration</b>	<b>0,33</b>	<b>0,918</b>
<b>17: Therapieangebot der Station</b>	0,46	0,916
<b>18: Stationäres Aufnahmegespräch mit Arzt/In bzw. Therapeut/In</b>	<b>0,31</b>	<b>0,919</b>
<b>24: Möglichkeit der Freizeitgestaltung</b>	0,49	0,916
<b>26: Aufteilung und Ausstattung der Räumlichkeiten insgesamt</b>	0,53	0,915
<b>27: Einrichtung und Ausstattung der Patientenzimmer</b>	0,45	0,917
<b>28: Atmosphäre der Station empfand ich wohnlich</b>	0,58	0,915
<b>29: Sanitäre Ausstattung der Station (Dusche/Toiletten)</b>	0,48	0,916
<b>30: Mahlzeiten gemeinsam eingenommen</b>	0,56	0,915
<b>31: Möglichkeit eine stationäre Psychotherapie zu machen</b>	0,54	0,917
<b>32: Therapie hat mir geholfen, eine bessere Selbsteinschätzung zu erlangen und meine Selbstständigkeit und mein Selbstbewusstsein zu verbessern</b>	0,53	0,915
<b>33: Eindruck, dass es mir durch Therapie besser gelingt, meine Probleme zu bewältigen und von mir gewünschte Veränderungen meiner Lebenssituation zu beeinflussen</b>	<b>0,39</b>	<b>0,918</b>

Tabelle 24: Fortsetzung

Item	Trennschärfe $r_{it}$	Cronbachs Alpha der Skala bei Fortfall des Items $\alpha_i$
<b>34:</b> Wie geht es Ihnen jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt zur Aufnahme?	0,49	0,916
<b>35:</b> Würden Sie im Falle einer erneuten Erkrankung wieder auf unsere Station kommen?	0,62	0,914

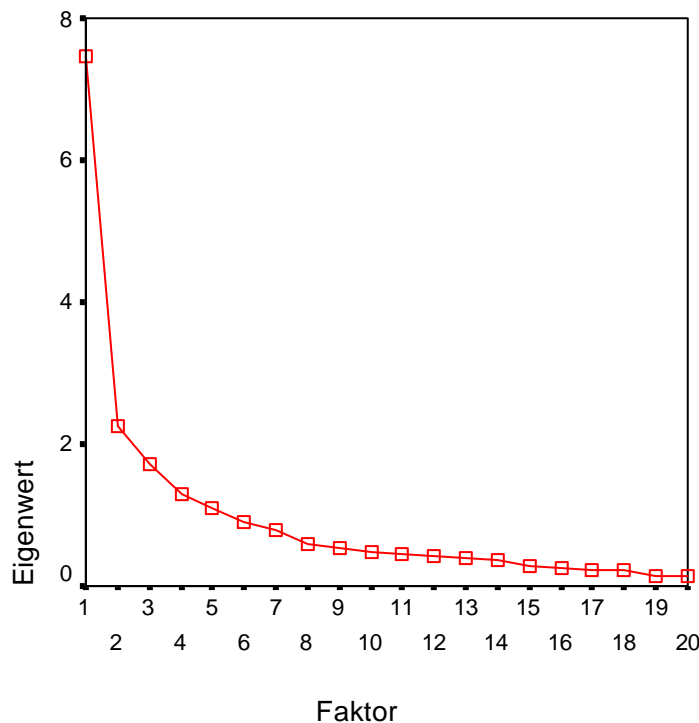
Reliabilitätskoeffizient für 27 Items: Cronbachs Alpha = 0,918

### 5.5.5 Faktorenanalytische Ergebnisse für 20 Items

Da sich bei der 7-Faktorenanfangslösung fünf inhaltlich gut zu interpretierende Faktoren zeigen, wird bei der folgenden Faktorenanalyse die Faktorenanzahl auf fünf festgelegt. Aufgrund der ungenügenden Trennschärfe bzw. der gesteigerten oder gleich bleibenden Reliabilität bei Wegfall der oben beschriebenen Items, werden die Items 1, 15, 18 und 33 ausgeschlossen, so dass noch 23 Items in die Berechnungen eingehen. Mit der Durchführung einer weiteren Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation wird die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren auf fünf festgelegt. Dabei zeigt sich, dass Item 35 („Würden Sie im Falle einer erneuten Erkrankung wieder auf unsere Station kommen?“) aufgrund ähnlich hoher Ladungen auf allen fünf Faktoren ausgeschlossen werden muss. Des weiteren werden die Items 28 („Die Atmosphäre der Station empfand ich als wohnlich.“) und 30 („Dass die Mahlzeiten gemeinsam eingenommen wurden, empfand ich als...“) für weitere Berechnungen nicht mit aufgenommen, da sie inhaltlich inkonsistent auf den jeweiligen Komponenten laden. Demnach gehen insgesamt nur noch 20 Items in die Berechnung mit ein. Das Kaiser-Meyer-Olkin-Maß, welches die Angemessenheit der Stichprobe für eine solche Analyse prüft, ist mit 0,84 größer als die Mindestanforderung von 0,60 (Bühner 2006) (siehe Tabelle 25).

Bei dieser 5-Faktorlösung ergab sich eine Varianzaufklärung von 69,16 % (siehe Tabelle 59) (Eigenwerte: Faktor I = 7,47; Faktor II = 2,27; Faktor III = 1,72; Faktor IV = 1,29; Faktor V = 1,09). Nach dem Screeplot zeigte sich graphisch eine Ein-Faktorenlösung. Dennoch wurde aus inhaltlichen Gründen die 5-Faktorenstruktur beibehalten (s. Abbildung 14).

Abbildung 14: Screeplot zur Faktorenanalyse für 20 Items (N = 93)



Auf dem ersten Faktor luden die Items 5, 6, 7, 8 und 9 mit Werten zwischen  $\alpha = 0,732$  und  $\alpha = 0,850$ . Der zweiten Dimension konnten die Items 10, 11, 12, 17 und 24 mit Ladungen von  $\alpha = 0,570$  bis  $\alpha = 0,769$  zugeordnet werden. Die Items 14, 31, 32 und 34 konnten mit Ladungen von  $\alpha = 0,642$  bis  $\alpha = 0,804$  dem dritten Faktor und die Items 2, 3 und 4 mit Werten zwischen  $\alpha = 0,535$  und  $\alpha = 0,776$  der vierten Dimension zugesprochen werden. Auf dem fünften Faktor luden die Items 26, 27 und 29 mit Werten von  $\alpha = 0,601$  bis  $\alpha = 0,848$ .

Insgesamt zeigte die Faktorenanalyse mit 20 Items inhaltlich eindeutige und thematisch gut voneinander abgrenzbare Faktoren. Die erste Dimension beinhaltete Items, die sich mit der Zufriedenheit der Patienten mit dem ärztlichen Personal bzw. mit den jeweiligen Therapeuten beschäftigten (Varianzaufklärung = 19,15%). Auf dem zweiten Faktor luden Items, deren inhaltlicher Fokus auf die Zufriedenheit mit dem Therapie- und Freizeitangebot und der Möglichkeiten der eigenen Gestaltung sowie der Zusammenarbeit des Teams gerichtet war (Varianzaufklärung 14,14%). Die Items des dritten Faktors beschäftigten sich mit der Umsetzung und Erreichung der Therapieziele (Varianzaufklärung 12,80%). Die drei Items, die der vierten Dimension zugesprochen wurden, betrafen die Zufriedenheit der Patienten mit dem Pflegepersonal (Varianzaufklärung 11,78%). Die fünfte Dimension beinhaltete drei Items, die die



Zufriedenheit mit der räumlichen Ausstattung der Station widerspiegelte (Varianzaufklärung 11,29%).

Tabelle 25: KMO- und Bartlett-Test für 20 Items (N = 93)

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin		<b>0,838</b>
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	909,735
	df	190
	Signifikanz nach Bartlett	0,000

Tabelle 26: Erklärte Gesamtvarianz bei einer 5-Faktorlösung für 20 Items (N = 93)

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Rotierte Summe der Eigenwerte		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
<b>1</b>	7,469	37,346	37,346	3,830	19,152	19,152
<b>2</b>	2,267	11,333	48,679	2,827	14,137	33,288
<b>3</b>	1,720	8,602	57,281	2,559	12,797	46,085
<b>4</b>	1,284	6,419	63,700	2,356	11,779	57,864
<b>5</b>	1,091	5,455	69,155	2,258	11,291	69,155

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse

Tabelle 27: Rotierte Faktormatrix bei einer 5-Faktorlösung für 20-Items (N = 93)

Item- Abkürzung	FA I a	FA II a	FA III a	FA IV a	FA V a
2: Freundlichkeit Pflege während stationären Aufenthalt	0,274	0,142	0,079	<b>0,773</b>	0,141
3: Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals	0,205	0,154	0,122	<b>0,776</b>	0,272
4: Verständnis des Pflegepersonals für Situation, stets bei Problemen ansprechbar	0,369	0,433	-0,013	<b>0,535</b>	0,101
5: Freundlichkeit und Offenheit der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	<b>0,735</b>	0,243	0,089	0,327	0,119
6: Hilfe und Unterstützung durch Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	<b>0,732</b>	0,079	0,235	0,249	0,189
7: Verständnis der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen für Situation und Vertrauen zu Ihnen	<b>0,744</b>	0,097	0,272	0,233	-0,082
8: Eindruck, dass Probleme von Ärzten/Innen und Therapeuten/Innen ernst genommen wurden...	<b>0,837</b>	0,204	0,213	0,001	0,065
9: Eindruck, dass Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen auf mich eingegangen sind und ich von Ihnen akzeptiert wurde	<b>0,850</b>	0,153	0,071	0,117	0,094
10: Zusammenarbeit und gegenseitiger Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	0,071	<b>0,570</b>	0,282	0,444	-0,071
11: Einflussmöglichkeit auf eigene Therapie	0,150	<b>0,585</b>	0,263	0,275	0,208
12: Strukturierung meines eigenen Therapieplanes und meines Tagesablaufes	0,136	<b>0,734</b>	0,163	0,389	-1,12E-005
14: Umsetzung meiner Therapieziele	0,446	0,111	<b>0,650</b>	-0,017	-0,014
17: Therapieangebot der Station	0,144	<b>0,769</b>	-0,007	-0,049	0,253

Tabelle 27: Fortsetzung

Item-Abkürzung	FA I a	FA II a	FA III a	FA IV a	FA V a
<b>24:</b> Möglichkeit der Freizeitgestaltung	0,262	<b>0,638</b>	-0,043	0,042	0,263
<b>26:</b> Aufteilung und Ausstattung der Räumlichkeiten insgesamt	0,087	0,099	0,126	0,228	<b>0,842</b>
<b>27:</b> Einrichtung und Ausstattung der Patientenzimmer	0,068	0,159	0,142	0,030	<b>0,848</b>
<b>29:</b> Sanitäre Ausstattung der Station (Dusche/Toiletten)	0,079	0,386	0,123	0,189	<b>0,601</b>
<b>31:</b> Möglichkeit eine stationäre Psychotherapie zu machen	-0,074	0,226	<b>0,642</b>	0,330	0,194
<b>32:</b> Therapie hat mir geholfen, eine bessere Selbsteinschätzung zu erlangen und meine Selbstständigkeit und mein Selbstbewusstsein zu verbessern	0,362	0,078	<b>0,800</b>	0,015	0,045
<b>34:</b> Wie geht es Ihnen jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt zur Aufnahme?	0,190	-0,007	<b>0,804</b>	0,080	0,271

FA I = Faktor 1; FA II = Faktor 2; FA III = Faktor 3; FA IV = Faktor 4; FA V = Faktor 5;

a = Faktorladungen Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

Die Rotation ist in 8 Iterationen konvergiert.

In einem weiteren Schritt wurde nach dem Fürntratt-Kriterium (Fürntratt, 1969; vgl. Bühner 2006) überprüft, ob die Items rechnerisch dem richtigen Faktor zugewiesen wurden. Ein Item wird in der Regel dem Faktor zugeordnet, auf dem es am höchsten lädt. Diese Zuordnung kann aber unzureichend sein, wenn z. B. ein Item nur gering auf einem Faktor lädt. Das Fürntratt-Kriterium stellt eine strengere Zuordnungsregel dar. Ein Item sollte demnach nur dann einem Faktor zugeordnet werden, wenn die quadrierte Ladung ( $a^2$ ) des Items auf diesem Faktor mindestens 50 Prozent der Itemkommunalitäten ausmacht. Die Berechnung erfolgte nach der Formel:  $a^2$  (quadrierte Ladungen) /  $h^2$  (Itemkommunalität) > 0,50. Im Ergebnis zeigte sich, dass alle Items dem richtigen Faktor zugewiesen worden sind (siehe Tabelle 28).

Tabelle 28: Fürntratt-Kriterium für 20 Items

Item-Abkürzung	Fürntratt-Kriterium ( $a^2/h^2 > 0,50$ )
2: Freundlichkeit Pflege während stationären Aufenthalt	0,832
3: Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals	0,794
4: Verständnis des Pflegepersonals für Situation, stets bei Problemen ansprechbar	0,641
5: Freundlichkeit und Offenheit der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	0,742
6: Hilfe und Unterstützung durch Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	0,772
7: Verständnis der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen für Situation und Vertrauen zu Ihnen	0,793
8: Eindruck, dass Probleme von Ärzten/Innen und Therapeuten/Innen ernst genommen wurden...	0,886
9: Eindruck, dass Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen auf mich eingegangen sind und ich von Ihnen akzeptiert wurde	0,935
10: Zusammenarbeit und gegenseitiger Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzten/Innen und Therapeuten/Innen	0,532
11: Einflussmöglichkeit auf eigene Therapie	0,620
12: Strukturierung meines eigenen Therapieplanes und meines Tagesablaufes	0,733
14: Umsetzung meiner Therapieziele	0,666
17: Therapieangebot der Station	0,872
24: Möglichkeit der Freizeitgestaltung	0,743
26: Aufteilung und Ausstattung der Räumlichkeiten insgesamt	0,892
27: Einrichtung und Ausstattung der Patientenzimmer	0,933
29: Sanitäre Ausstattung der Station (Dusche/Toiletten)	0,636
31: Möglichkeit eine stationäre Psychotherapie zu machen	0,670
32: Therapie hat mir geholfen, eine bessere Selbsteinschätzung zu erlangen und meine Selbstständigkeit und mein Selbstbewusstsein zu verbessern	0,821
34: Wie geht es Ihnen jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt zur Aufnahme?	0,848

### 5.5.6 Reliabilitätsanalyse für 20 Items

Die Reliabilitätsanalyse für 20 Items zeigt einen Cronbachs Alpha-Koeffizienten von  $\alpha = 0,907$ , der trotz der reduzierten Itemanzahl eine sehr hohe interne Konsistenz dieses Instruments nachweist. Alle Trennschärfekoeffizienten lagen über der Mindestanforderung von  $r_{it} \geq 0,40$  und nahmen Werte zwischen  $r_{it} = 0,42$  und  $r_{it} = 0,66$  an. Das Cronbachs  $\alpha$  konnte durch den Wegfall eines Items nicht mehr erhöht werden.

Tabelle 29: Reliabilitätsanalyse für 20 Items (N = 93)

Item-Abkürzung	Trennschärfe $r_{it}$	Cronbachs Alpha der Skala bei Fortfall des Items $\alpha_i$
<b>2:</b> Freundlichkeit Pflege während stationären Aufenthalt	0,56	0,902
<b>3:</b> Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals	0,60	0,901
<b>4:</b> Verständnis des Pflegepersonals für Situation, stets bei Problemen ansprechbar	0,61	0,901
<b>5:</b> Freundlichkeit und Offenheit der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	0,69	0,899
<b>6:</b> Hilfe und Unterstützung durch Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	0,66	0,900
<b>7:</b> Verständnis der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen für Situation und Vertrauen zu Ihnen	0,58	0,902
<b>8:</b> Eindruck, dass Probleme von Ärzten/Innen und Therapeuten/Innen ernst genommen wurden...	0,62	0,900
<b>9:</b> Eindruck, dass Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen auf mich eingegangen sind und ich von Ihnen akzeptiert wurde	0,61	0,901
<b>10:</b> Zusammenarbeit und gegenseitiger Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	0,52	0,903
<b>11:</b> Einflussmöglichkeit auf eigene Therapie	0,60	0,901
<b>12:</b> Strukturierung meines eigenen Therapieplanes und meines Tagesablaufes	0,60	0,901
<b>14:</b> Umsetzung meiner Therapieziele	0,49	0,904
<b>17:</b> Therapieangebot der Station	0,46	0,905
<b>24:</b> Möglichkeit der Freizeitgestaltung	0,50	0,904
<b>26:</b> Aufteilung und Ausstattung der Räumlichkeiten insgesamt	0,48	0,904
<b>27:</b> Einrichtung und Ausstattung der Patientenzimmer	0,42	0,906
<b>29:</b> Sanitäre Ausstattung der Station (Dusche/Toiletten)	0,51	0,904
<b>31:</b> Möglichkeit eine stationäre Psychotherapie zu machen	0,48	0,905
<b>32:</b> Therapie hat mir geholfen, eine bessere Selbsteinschätzung zu erlangen und meine Selbständigkeit und mein Selbstbewusstsein zu verbessern	0,52	0,903
<b>34:</b> Wie geht es Ihnen jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt zur Aufnahme?	0,50	0,904

Reliabilitätskoeffizient für 20 Items: Cronbachs Alpha = 0,907

### 5.5.7 Ergebnisse zu den Subskalen-Interkorrelationen

Die Überprüfung der Skaleninterkorrelationen zeigt, dass die fünf Korrelationskoeffizienten der Subskalen nach Spearman zwischen  $r = 0,22$  und  $r = 0,47$  miteinander korrelierten. Die Skaleninterkorrelationen können damit als niedrig bezeichnet werden. Demnach kann davon ausgegangen werden, dass die einzelnen Subskalen verschiedene Aspekte der Patientenzufriedenheit messen. Mit der Gesamtskala korrelieren alle Subskalen mit einem Mittelwert von  $r = 0,69$ . Dieser Wert deutete durch die Repräsentanz der verschiedenen Subskalen in die Gesamtskala auf eine hohe Korrelation hin (siehe auch Tabelle 30).

Tabelle 30: Nichtparametrische Korrelationen nach Spearman-Rho (N = 93)

		Mittelwert Gesamtskala	Mittelwert Subskala Arzt/ Therapeut	Mittelwert Subskala Pflege	Mittelwert Subskala Therapieziele und Freizeit- gestaltung	Mittelwert Subskala Therapieziele	Mittelwert Subskala Ausstattung
Mittelwert Gesamtskala	Korrelations- koeffizient Sig. (2-seitig)	1,000					
Mittelwert Subskala Arzt/ Therapeut	Korrelations- koeffizient Sig. (2-seitig)	0,735** 0,000	1,000				
Mittelwert Subskala Pflege	Korrelations- koeffizient Sig. (2-seitig)	0,688** 0,000	0,433** 0,000	1,000			
Mittelwert Subskala Therapieziele und Freizeitge- staltung	Korrelations- koeffizient Sig. (2-seitig)	0,737** 0,000	0,328** 0,001	0,473** 0,000	1,000		
Mittelwert Subskala Therapieziele	Korrelations- koeffizient Sig. (2-seitig)	0,644** 0,000	0,493** 0,000	0,313** 0,002	0,314** 0,002	1,000	
Mittelwert Subskala Ausstattung	Korrelations- koeffizient Sig. (2-seitig)	0,635** 0,000	0,215* 0,039	0,393** 0,000	0,472** 0,000	0,247* 0,017	1,000

\*\* = Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

\* = Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

### 5.5.8 Einzelitems und soziodemographische Variablen

#### Variable „Geschlecht“

Wie aus Tabelle A im Anhang C ersichtlich wird, zeigte sich mit  $r = 0,234$  ( $p = 0,026$ ) ein geringer positiver Zusammenhang zwischen der Variablen „Geschlecht“ und dem Item 31 *„Dass ich überhaupt die Möglichkeit hatte, eine stationäre Psychotherapie zu machen, empfand ich als...“*. Es kann damit angenommen werden, dass Frauen mit der Möglichkeit, sich einer stationären Therapie zu unterziehen, zufriedener sind.

Auf Ebene der Einzelitems (siehe Anhang C Tabelle B) ergaben sich keine Mittelwertunterschiede zwischen den verschiedenen Items bezüglich der Geschlechtervariablen. Ein signifikantes Ergebnis für den Mittelwertunterschied zwischen den Geschlechtern für das Item 31 mit einem Wert von  $p = 0,055$  ( $T = -1,973$ ;  $df = 42,915$ ) wurde knapp verfehlt (siehe Anhang C, Tabelle B). Es kann festgehalten werden, dass es keinen Hinweis darauf gibt, dass Männer und Frauen die jeweiligen Items unterschiedlich bewerteten. Der leichte Zusammenhang, der sich bei den Korrelationen zwischen der Variablen „Geschlecht“ und dem Item 31 zeigte, konnte beim Mittelwertvergleich nicht signifikant abgesichert werden. Es konnte auch hier keine eindeutige Aussage für dieses Item hinsichtlich geschlechtsspezifischer Eigenschaften getroffen werden.

#### Variable „Alter“

Die errechneten Korrelationen wiesen geringe negative Zusammenhänge zwischen der Variablen „Alter“ und 4 Items der Skala auf. Wie aus Tabelle D, Anhang C ersichtlich wird, betrafen 3 Items den Bereich „Pflege“ (Item 2:  $r = -0,346$ ;  $p = 0,001$ ; Item 3:  $-0,232$ ;  $p = 0,028$ ; Item 4:  $-0,234$ ;  $p = 0,026$ ) und 1 Item den Bereich „Ärzte und Therapeuten“ (Item 6:  $r = -0,211$ ;  $p = 0,046$ ). Demnach waren jüngere Patienten mit dem Pflegepersonal bzw. mit den Ärzten oder Therapeuten unzufriedener als Ältere.

Die Korrelationen zwischen der Variable „Alter“ mit den verschiedenen Einzelitems des Faktors „Pflege“ spiegelte sich auch in der signifikant negativen Korrelation mit der Subskala „Pflege“ wieder ( $r = -0,339$ ;  $p = 0,001$ ).

### **Variable „Aufenthaltsdauer“**

Bei den berechneten Korrelationen der Studie zeigten sich zwei geringe positive Zusammenhänge zwischen der Variablen „Aufenthaltsdauer“ und dem Item 3 (*„Die Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals empfand ich als...“*) ( $r = 0,248$ ;  $p = 0,020$ ) sowie Item 29 (*„Die sanitäre Ausstattung der Station (Dusche/Toiletten) empfand ich als...“*) ( $r = 0,224$ ;  $p = 0,037$ ) (siehe Anhang C, Tabelle E). Dies deutet darauf hin, dass eine kürzere Aufenthaltsdauer mit höheren Zufriedenheitswerten hinsichtlich der genannten Items einherging.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Items relativ unabhängig von den Variablen „Alter“, „Geschlecht“ und „Aufenthaltsdauer“ beantwortet werden, da lediglich einzelne niedrige korrelative Zusammenhänge vorliegen. Die Mittelwertunterschiede hinsichtlich der Variablen „Geschlecht“ konnten nicht signifikant abgesichert werden.

### **5.5.9 Häufigkeitsanalysen der einzelnen Fragen im Vergleich**

Ein weiteres Ziel dieser dritten Studie war, Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen Marburg und Mainkofen hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit der erhaltenen Therapie bzw. hinsichtlich ihres Antwortverhaltens zu eruieren. Dies erfolgte zum einen mit Hilfe des t-Tests (s. 3.3.5.10) und zum anderen in einer Häufigkeitsanalyse der getroffenen Antworten.

Mit den Häufigkeitsanalysen der Stationen im Vergleich sollte untersucht werden, inwiefern sich die beiden Patientengruppen auf prozentualer Ebene im Antwortverhalten unterscheiden.

Vergleicht man die beiden Stationen im Antwortverhalten untereinander, so fällt auf, dass die Patienten der Station B11 bis auf wenige Items die Aussagen zum Teil wesentlich besser bewerteten, als dies bei den Probanden der Station 4A der Fall war. Umgekehrte Tendenzen zeigten sich bei den Fragen 19, 20 und 22. So schienen die Patienten der Station 4A mit der Anzahl der Einzelgespräche, mit der Dauer der Einzeltherapie und mit dem sportlichen Angebot zufriedener zu sein. Auffällig war auch die prozentual gleichstarke Bewertung der Aussage 29. Die sanitäre Ausstattung der Station empfanden die meisten Befragten (jeweils 46 %) der beiden Stationen als mittelmäßig.



Generell wird jedoch ersichtlich, dass die Patienten der einzelnen Stationen mit der erhaltenen Therapie sehr zufrieden schienen und ein positives Antwortverhalten überwog.

Tabelle 31-65 zeigt die Itemausprägungen in Prozent der beiden Stationen der jeweiligen Items. Alle Prozentangaben in den Tabellen wurden auf volle Prozentzahl gerundet.

Tabelle 31: Aussage 1

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr gut“  1	„gut“  2	„mittelmäßig“  3	„schlecht“  4	„sehr schlecht“  5
1. Den Empfang und die Einführung durch das Pflegepersonal bei der Aufnahme auf der Station empfand ich als...	<b>4A</b> N=34 SD=0,686	29	53	18	/	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,529	42	56	2	/	/

82 % (29 % + 53 %) der befragten Patienten der Station 4A und 98 % (42 % + 56 %) der Befragten der Station B11 empfanden den Empfang und die Einführung durch das Pflegepersonal bei der Aufnahme als „sehr gut“ bzw. „gut“. 18 % (4A) und 2 % (B11) als „mittelmäßig“.

Tabelle 32: Aussage 2

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr zufrieden“  1	„weitgehend zufrieden“  2	„teils zufrieden, teils unzu- frieden“  3	„eher unzufrieden“  4	„sehr unzufrieden“  5
2. Mit der Freundlichkeit des Pflegepersonals während meines stationären Aufenthaltes war ich...	<b>4A</b> N=34 SD=0,904	24	65	32	3	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,646	68	24	9	/	/

89 % (24 % + 65 %) der befragten Patienten der Station 4A und 92 % (68 % + 24 %) der befragten Patienten der Station B11 waren mit der Freundlichkeit des Pflegepersonals während des stationären Aufenthaltes „sehr zufrieden“ bzw. „weitgehend zufrieden“, 32 % (4A) und 9 % (B11) „teils zufrieden“ und „teils unzufrieden“ und 3 % (4A) „eher unzufrieden“.

Tabelle 33: Aussage 3

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr gut“  1	„gut“  2	„mittelmäßig“  3	„schlecht“  4	„sehr schlecht“  5
3. Die Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals empfand ich als...	<b>4A</b> N=34 SD=0,686	29	53	18	/	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,561	63	34	3	/	/

82 % (29 % + 53 %) der befragten Patienten der Station 4A und 97 % (63 % + 34 %) der befragten Patienten der Station B11 empfanden die Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals als „sehr gut“ bzw. „gut“. 18 % (4A) und 3 % (B11) als „mittelmäßig“.

Tabelle 34: Aussage 4

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„immer“  1	„meistens“  2	„manchmal“  3	„selten“  4	„nie“  5
4. Ich hatte den Eindruck, dass das Pflegepersonal Verständnis für meine Situation zeigte und stets bei Problemen ansprechbar war.	<b>4A</b> N=34 SD=0,851	29	38	29	3	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,536	56	42	2	/	/

67 % (29 % + 38 %) der befragten Patienten der Station 4A und 98 % (56 % + 42 %) der befragten Patienten der Station B11 hatten „immer“ bzw. „meistens“ den Eindruck, dass das Pflegepersonal Verständnis für die eigene Situation zeigte und stets bei Problemen ansprechbar war, während 29 % (4A) und 2 % (B11) nur „manchmal“ den Eindruck hatten. 3 % der Befragten der Station 4A gaben an, dass das Pflegepersonal „selten“ Verständnis zeigte bzw. ansprechbar war.

Tabelle 35: Aussage 5

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr zufrieden“  1	„weitgehend zufrieden“  2	„teils zu- frieden, teils unzufrieden“  3	„eher unzufrieden“  4	„sehr unzufrie- den“  5
5. Mit der Freundlichkeit und Offenheit der Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen war ich...	<b>4A</b> N=34 SD=0,936	47	29	18	6	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,679	59	31	10	/	/

76 % (47 % + 29 %) der befragten Patienten der Station 4A und 90 % (59 % + 31 %) der befragten Patienten der Station B11 gaben an, mit der Freundlichkeit und Offenheit der Ärzte und Therapeuten „sehr zufrieden“ bzw. „weitgehend zufrieden“ gewesen zu sein. 18 % (4A) und 10 % (B11) waren „teils zufrieden, teils unzufrieden“ und 6 % (4A) „eher unzufrieden“.

Tabelle 36: Aussage 6

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr gut“  1	„gut“  2	„mittelmäßig“  3	„schlecht“  4	„sehr schlecht“  5
6. Die Hilfe und Unterstützung durch die Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen empfand ich als...	<b>4A</b> N=34 SD=0,727	47	38	15	/	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,598	53	42	5	/	/

85 % (47 % + 38 %) der befragten Patienten der Station 4A und 95 % (53 % + 42 %) der befragten Patienten der Station B11 empfanden die Hilfe und Unterstützung durch die Ärzte und Therapeuten als „sehr gut“ bzw. „gut“, 15 % (4A) und 5 % (B11) als „mittelmäßig“.

Tabelle 37: Aussage 7

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr gut“  1	„gut“  2	„mittelmäßig“  3	„schlecht“  4	„sehr schlecht“  5
7. Das Verständnis der Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen für meine Situation sowie das Vertrauen, das ich zu Ihnen hatte, empfand ich als...	<b>4A</b> N=33 SD=0,830	46	36	15	3	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,667	48	42	10	/	/

Aussage sieben wurde von 33 (97 %) Befragten der Station 4A beantwortet.

82 % (46 % + 36 %) der befragten Patienten der Station 4A und 90 % (48 % + 42 %) der befragten Patienten der Station B11 empfanden das Verständnis der Ärzte und Therapeuten für die eigene Situation sowie das Vertrauen zu Ihnen als „sehr gut“ bzw. „gut“, 15 % (4A) und 10 % (B11) als „mittelmäßig“ und 4 % (4A) als „schlecht“.

Tabelle 38: Aussage 8

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„eindeutig ja“ 1	„eher ja“ 2	„teils, teils“ 3	„eher nein“ 4	„eindeutig nein“ 5
8. Ich hatte den Eindruck, dass meine Probleme von den Ärzten/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen ernst genommen wurden und das ich diese durch gemeinsame Auseinandersetzungen bewältigt habe.	<b>4A</b> N=34 SD=0,857	41	35	21	3	/
	<b>B11</b> N=57 SD=0,747	53	32	16	/	/

Aussage acht wurde von 57 (97 %) Befragten der Station B11 beantwortet.

76 % (41 % + 35 %) der befragten Patienten der Station 4A und 85 % (53 % + 32 %) der befragten Patienten der Station B11 hatten den Eindruck, dass Probleme von den Ärzten und Therapeuten ernst genommen wurden und, dass diese durch gemeinsame Auseinandersetzungen bewältigt wurden, 21 % (4A) und 16 % (B11) hatten „teilweise“ und 3 % (4A) „eher nicht“ den Eindruck.

Tabelle 39: Aussage 9

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„eindeutig ja“ 1	„eher ja“ 2	„teils, teils“ 3	„eher nein“ 4	„eindeutig nein“ 5
9. Ich hatte den Eindruck, dass meine Ärzte/Ärztinnen bzw. meine Therapeuten/Therapeutinnen während meiner Behandlung auf mich eingegangen sind, und dass ich von ihnen akzeptiert wurde.	<b>4A</b> N=34 SD=0,799	50	29	21	/	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,726	58	29	14	/	/

79 % (50 % + 29 %) der befragten Patienten der Station 4A und 87 % (58 % + 29 %) der befragten Patienten der Station B11 hatten „eindeutig“ bzw. „eher“ den Eindruck, dass die Ärzte bzw. Therapeuten während der Behandlung auf sie eingegangen sind, und dass sie ihre Patientinnen bzw. Patienten akzeptierten, 21 % (4A) und 14 % (B11) hatten „teilweise“ den Eindruck.

Tabelle 40: Aussage 10

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr gut“ 1	„gut“ 2	„mittelmäßig“ 3	„schlecht“ 4	„sehr schlecht“ 5
10. Die Zusammenarbeit und den gegenseitigen Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzten/Ärztinnen sowie Therapeuten/Therapeutinnen empfand ich als...	<b>4A</b> N=34 SD=0,904	29	53	12	3	3
	<b>B11</b> N=59 SD=0,598	54	41	5	/	/

82 % (29 % + 53 %) der befragten Patienten der Station 4A und 95 % (54 % + 41 %) der befragten Patienten der Station B11 empfanden die Zusammenarbeit und den gegenseitigen Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzten sowie Therapeuten als „sehr gut“ bzw. „gut“, 12 % (4A) und 5 % (B11) als „mittelmäßig“, 3 % (4A) als „schlecht“ und 3 % (4A) als „sehr schlecht“.

Tabelle 41: Aussage 11

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr gut“ 1	„gut“ 2	„mittelmäßig“ 3	„schlecht“ 4	„sehr schlecht“ 5
11. Die Einflussmöglichkeit auf meine eigene Therapie (z.B. Therapieplan, medikamentöse Behandlung) empfand ich als...	<b>4A</b> N=34 SD=0,729	18	56	24	3	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,663	32	58	9	2	/

74 % (18 % + 56 %) der befragten Patienten der Station 4A und 90 % (32 % + 58 %) der befragten Patienten der Station B11 bewerteten die Einflussmöglichkeiten auf die eigene Therapie als „sehr gut“ bzw. „gut“, 24 % (4A) und 9 % (B11) als „mittelmäßig“ und 3 % (4A) bzw. 2 % (B11) als „schlecht“.

Tabelle 42: Aussage 12

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr zufrieden“ 1	„weitgehend zufrieden“ 2	„teils zufrieden, teils unzu- frieden“ 3	„eher unzufrie- den“ 4	„sehr unzufrieden“ 5
12. Mit der Strukturierung meines eigenen Therapieplanes und auch meines Tagesablaufes war ich...	<b>4A</b> N=34 SD=0,843	9	62	21	6	3
	<b>B11</b> N=59 SD=0,562	25	66	9	/	/

71 % (9 % + 62 %) der befragten Patienten der Station 4A und 91 % (25 % + 66 %) der befragten Patienten der Station B11 waren mit der Strukturierung des eigenen Therapieplanes und auch des Tagesablaufes „sehr zufrieden“ bzw. „weitgehend zufrieden“, 21 % (4A) und 9 % (B11) waren „teils zufrieden“, „teils unzufrieden“, 6 % (4A) „eher unzufrieden“ und 3 % (4A) „sehr unzufrieden“.

Tabelle 43: Aussage 13

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„viel zu lang“  1	„zu lang“  2	„genau richtig“  3	„zu kurz“  4	„viel zu kurz“  5
13. Die Eingewöhnungs- zeit zu Beginn meines Aufenthaltes empfund ich als...	<b>4A</b> N=34 SD=0,629	6	21	71	3	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,601	7	9	81	3	/

27 % (6 % + 21 %) der befragten Patienten der Station 4A und 16 % (7 % + 9 %) der befragten Patienten der Station B11 empfanden die Eingewöhnungszeit zu Beginn des Aufenthaltes als „viel zu lang“ bzw. „zu lang“, 71 % (4A) und 81 % (B11) hielten die Eingewöhnungszeit für „genau richtig“, jeweils 3 % (4A und B11) für „zu kurz“.

Tabelle 44: Aussage 14

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr zufrieden“  1	„weitgehend zufrieden“  2	„teils zufrieden, teils unzu- frieden“  3	„eher unzufrie- den“  4	„sehr unzufrieden“  5
14. Mit der Um- setzung meiner Therapieziele bin ich...	<b>4A</b> N=34 SD=0,797	29	47	21	3	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,818	31	49	15	5	/

76 % (29 % + 47 %) der befragten Patienten der Station 4A und 80 % (31 % + 49 %) der befragten Patienten der Station B11 sind mit der Umsetzung ihrer Ziele „sehr zufrieden“ bzw. „weitgehend zufrieden“, 21 % (4A) und 15 % (B11) sind „teils zufrieden“, „teils unzufrieden“, 3 % (4A) und 5 % (B11) sind „eher unzufrieden“.



Tabelle 45: Aussage 15

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr gut“  1	„gut“  2	„mittelmäßig“  3	„schlecht“  4	„sehr schlecht“  5
15. Der Kontakt zu meinen Mitpatienten/ Mitpatientinnen sowie meine Integration in die Gruppe empfand ich als...	<b>4A</b> N=34 SD=0,691	44	50	3	3	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,653	58	37	3	2	/

94 % (44 % + 50 %) der befragten Patienten der Station 4A und 95 % (58 % + 37 %) der befragten Patienten der Station B11 empfanden den Kontakt zu ihren Mitpatienten sowie die Integration in die Gruppe als „sehr gut“ bzw. „gut“, jeweils 3 % (4A und B11) als „mittelmäßig“ und 3 % (4A) sowie 2 % (B11) als „schlecht“.

Tabelle 46: Aussage 16

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„viel zu viel“  1	„zu viel“  2	„genau richtig“  3	„zu wenig“  4	„viel zu wenig“  5
16. Der Austausch mit den Mitpatienten/ Mitpatientinnen über Probleme und Erfahrungen empfand ich als...	<b>4A</b> N=34 SD=0,781	9	15	71	3	3
	<b>B11</b> N=59 SD=0,487	2	10	81	7	/

24 % (9 % + 15 %) der befragten Patienten der Station 4A und 12 % (2 % + 10 %) der befragten Patienten der Station B11 beurteilten den Austausch mit den Mitpatienten über Probleme und Erfahrungen als „viel zu viel“ bzw. „zu viel“, 71 % (4A) und 81 % (B11) als „genau richtig“, 3 % (4A) und 7 % (B11) als „zu wenig“ und 3 % (4A) als „viel zu wenig“.

Tabelle 47: Aussage 17

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr gut“ 1	„gut“ 2	„mittelmäßig“ 3	„schlecht“ 4	„sehr schlecht“ 5
17. Das Therapieangebot der Station empfand ich als...	<b>4A</b> N=34 SD=0,621	12	71	15	3	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,706	31	54	14	2	/

83 % (12 % + 71 %) der befragten Patienten der Station 4A und 85 % (31 % + 54 %) der befragten Patienten der Station B11 hielten das Therapieangebot der Station für „sehr gut“ bzw. „gut“, 15 % (4A) und 14 % (B11) als „mittelmäßig“ und 3 % (4A) bzw. 2 % (B11) als „schlecht“.

Tabelle 48: Aussage 18

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr angenehm“ 1	„angenehm“ 2	„mittel- mäßig“ 3	„unan- genehm“ 4	„sehr unange- nehm“ 5
18. Das stationäre Aufnahmege- spräch mit meinem/r Arzt/Ärztin bzw. Therapeut/ Therapeutin empfand ich als...	<b>4A</b> N=33 SD=0,847	30	39	27	3	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,867	41	46	9	3	2

Aussage 18 wurde von 33 (97 %) Befragten der Station 4A beantwortet.

69 % (30 % + 39 %) der befragten Patienten der Station 4A und 87 % (41 % + 46 %) der befragten Patienten der Station B11 empfanden das stationäre Aufnahmegespräch mit dem Arzt oder mit dem Therapeut als „sehr angenehm“ bzw. „angenehm“, 27 % (4A) und 9 % (B11) als „mittelmäßig“, jeweils 3 % (4A und B11) als „unangenehm“, 2 % (B11) als „sehr unangenehm“.

Tabelle 49: Aussage 19

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„viel zu viel“ 1	„zu viel“ 2	„genau richtig“ 3	„zu wenig“ 4	„viel zu wenig“ 5
19. Die Anzahl der Einzelgespräche war für mich...	<b>4A</b> N=33 SD=0,614	/	/	49	46	6
	<b>B11</b> N=59 SD=0,600	/	/	39	54	7

Aussage 19 wurde von 33 (97 %) befragten Patienten der Station 4A und von 59 (100 %) befragten Patienten der Station B11 beantwortet.

Für 49 % der befragten Patienten der Station 4A und 39 % der befragten Patienten der Station B11 war die Anzahl der Einzelgespräche „genau richtig“, für 46 % (4A) und 54 % (B11) „zu wenig“ und für 6 % (4A) und 7 % (B11) „viel zu wenig“.

Tabelle 50: Aussage 20

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„viel zu lang“ 1	„zu lang“ 2	„genau richtig“ 3	„zu kurz“ 4	„viel zu kurz“ 5
20. Die Dauer meiner Einzeltherapie war...	<b>4A</b> N=34 SD=0,609	/	/	65	29	6
	<b>B11</b> N=59 SD=0,534	/	/	58	41	2

Für 65 % der befragten Patienten der Station 4A und 58 % der befragten Patienten der Station B11 war die Dauer ihrer Einzeltherapie „genau richtig“, für 29 % (4A) und 41 % (B11) „zu kurz“ und für 6 % (4A) bzw. 2 % (B11) „viel zu kurz“.

Tabelle 51: Aussage 21

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„viel zu viel“  1	„zu viel“  2	„genau richtig“  3	„zu wenig“  4	„viel zu wenig“  5
21. Die Anzahl der Gruppensprache war für mich...	<b>4A</b> N=34 SD=0,686	/	27	62	9	3
	<b>B11</b> N=59 SD=0,601	3	15	73	9	/

Für 3 % der befragten Patienten der Station B11 war die Anzahl der Gruppengespräche „viel zu viel“, für 27 % (4A) und 15 % (B11) „zu viel“, für 62 % (4A) und 73 % (B11) „genau richtig“, für je 9 % (4A und B11) „zu wenig“ und für 3 % (4A) „viel zu wenig“.

Tabelle 52: Aussage 22

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„viel zu viel“  1	„zu viel“  2	„genau richtig“  3	„zu wenig“  4	„viel zu wenig“  5
22. Das sportliche Angebot der Station 4A/B11 empfand ich als...	<b>4A</b> N=32 SD=0595	/	16	75	6	3
	<b>B11</b> N=58 SD=0755	2	59	26	14	/

Aussage 22 wurde von 32 (94 %) befragten Patienten der Station 4A und von 58 (98 %) befragten Patienten der Station B11 beantwortet.

2 % der befragten Patienten der Station B11 empfanden das sportliche Angebot der Station als „viel zu viel“, 16 % (4A) und 59 % (B11) als „zu viel“, 75 % (4A) und 26 % (B11) als „genau richtig“, 6 % (4A) und 14 % (B11) als „zu wenig“ und 3 % (4A) als „viel zu wenig“.

Tabelle 53: Aussage 23

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„viel zu viel Freizeit“ 1	„zu viel Freizeit“ 2	„ausge- wogen“ 3	„wenig Freizeit“ 4	„viel zu wenig Freizeit“ 5
23. Das Verhältnis zwischen Freizeit- gestaltung und Therapie empfand ich als...	<b>4A</b> N=34 SD=0,626	/	9	68	21	3
	<b>B11</b> N=59 SD=0,575	3	22	71	3	/

3 % der befragten Patienten der Station B11 bewerteten das Verhältnis zwischen Freizeitgestaltung und Therapie als „viel zu viel“, 9 % (4A) und 22 % (B11) als „zu viel“, 68 % (4A) und 71 % (B11) als „ausgewogen“, 21 % (4A) und 3 % (B11) als „zu wenig“ und 3 % (4A) als „viel zu wenig“.

Tabelle 54: Aussage 24

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr gut“  1	„gut“  2	„mittelmäßig“  3	„schlecht“  4	„sehr schlecht“  5
24. Die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung empfand ich als...	<b>4A</b> N=34 SD=0,892	15	41	32	12	/
	<b>B11</b> N=57 SD=0,710	16	53	30	2	/

Aussage 24 wurde von 57 (97 %) Befragten der Station B11 beantwortet.

56 % (15 % + 41 %) der befragten Patienten der Station 4A und 69 % (16 % + 53 %) der befragten Patienten der Station B11 hielten die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung für „sehr gut“ bzw. „gut“, 32 % (4A) und 30 % (B11) für „mittelmäßig“, 12 % (4A) und 2 % (B11) für „schlecht“.

Tabelle 55: Aussage 25

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„viel zu früh“  1	„früh“  2	„genau richtig“  3	„spät“  4	„viel zu spät“  5
25. Die Zeit, zu der die Station abends geschlossen wird, empfand ich als...	<b>4A</b> N=34 SD=0,779	29	41	29	/	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,669	9	24	66	2	/

70 % (29 % + 41 %) der befragten Patienten der Station 4A und 33 % (9 % + 24 %) der befragten Patienten der Station B11 empfanden den abendlichen Schließungszeitpunkt als „viel zu früh“ bzw. „früh“, 29 % (4A) und 66 % (B11) als „genau richtig“ und 2 % (B11) als „spät“.

Tabelle 56: Aussage 26

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr gut“ 1	„gut“ 2	„mittelmäßig“ 3	„schlecht“ 4	„sehr schlecht“ 5
26. Die Aufteilung und Ausstattung der Räumlichkeiten insgesamt (Patientenzimmer, Gemeinschaftsräume, Küche usw.) empfand ich als...	<b>4A</b> N=33 SD=0,834	18	58	15	9	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,777	24	56	15	5	/

Aussage 26 wurde von 33 (97 %) Befragten der Station 4A beantwortet.

76 % (18 % + 58 %) der befragten Patienten der Station 4A und 80 % (24 % + 56 %) der befragten Patienten der Station B11 empfanden die Aufteilung und Ausstattung der Räumlichkeiten insgesamt als „sehr gut“ bzw. „gut“, je 15 % (4A und B11) als „mittelmäßig“, 9 % (4A) und 5 % (B11) als „schlecht“.

Tabelle 57: Aussage 27

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr gut“ 1	„gut“ 2	„mittelmäßig“ 3	„schlecht“ 4	„sehr schlecht“ 5
27. Die Einrichtung und Ausstattung der Patientenzimmer empfand ich als...	<b>4A</b> N=34 SD=0,917	18	41	29	12	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,722	7	53	34	7	7

59 % (18 % + 41 %) der befragten Patienten der Station 4A und 60 % (7 % + 53 %) der befragten Patienten der Station B11 bewerteten die Einrichtung und Ausstattung der Patientenzimmer als „sehr gut“ bzw. „gut“, 29 % (4A) und 34 % (B11) mit „mittelmäßig“, 12 % (4A) und 7 % (B11) mit „schlecht“ und 7 % (B11) als „sehr schlecht“.

Tabelle 58: Aussage 28

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„eindeutig ja“ 1	„eher ja“ 2	„teils, teils“ 3	„eher nein“ 4	„eindeutig nein“ 5
28. Die Atmosphäre der Station empfand ich als wohnlich.	<b>4A</b> N=34 SD=0,961	12	41	32	12	3
	<b>B11</b> N=59 SD=0,783	37	49	12	/	2

53 % (12 % + 41 %) der befragten Patienten der Station 4A und 86 % (37 % + 49 %) der befragten Patienten der Station B11 hielten die Atmosphäre der Station für „eindeutig wohnlich“ bzw. für „eher wohnlich“, 32 % (4A) und 12 % (B11) für „teils wohnlich, teils nicht wohnlich“, 12 % (4A) als „eher nicht wohnlich“, 3 % (4A) und 2 % (B11) für „eindeutig nicht wohnlich“.

Tabelle 59: Aussage 29

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr gut“ 1	„gut“ 2	„mittelmäßig“ 3	„schlecht“ 4	„sehr schlecht“ 5
29. Die sanitäre Ausstattung der Station (Duschen/ Toiletten) empfand ich als...	<b>4A</b> N=33 SD=0,795	/	21	46	30	3
	<b>B11</b> N=59 SD=0,921	12	27	46	14	2

Aussage 29 wurde von 33 (97 %) Befragten der Station 4A beantwortet.

12 % der befragten Patienten der Station B11 empfanden die sanitäre Ausstattung der Station als „sehr gut“, 21 % (4A) und 27 % (B11) als „gut“, je 46 % (4A und B11) als „mittelmäßig“, 30 % (4A) und 14 % (B11) als „schlecht“ und 3 % (4A) bzw. 2 % (B11) als „sehr schlecht“.



Tabelle 60: Aussage 30

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr gut“  1	„gut“  2	„mittelmäßig“  3	„schlecht“  4	„sehr schlecht“  5
30. Dass die Mahlzeiten gemeinsam eingenommen wurden, empfand ich als...	<b>4A</b> N=34 SD=0,706	56	38	3	3	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,595	61	34	5	/	/

94 % (56 % + 38 %) der befragten Patienten der Station 4A und 95 % (61 % + 34 %) der befragten Patienten der Station B11 empfanden die gemeinsam eingenommenen Mahlzeiten als „sehr gut“ bzw. „gut“, 3 % (4A) und 5 % (B11) als „mittelmäßig“ und 3 % (4A) als „schlecht“.

Tabelle 61: Aussage 31

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr gut“  1	„gut“  2	„mittelmäßig“  3	„schlecht“  4	„sehr schlecht“  5
31. Dass ich überhaupt die Möglichkeit hatte, eine stationäre Psychotherapie zu machen empfand ich als...	<b>4A</b> N=34 SD=0,410	79	21	/	/	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,326	88	12	/	/	/

79 % der befragten Patienten der Station 4A und 88 % der befragten Patienten der Station B11 beurteilten die Möglichkeit, überhaupt eine stationäre Psychotherapie zu machen als „sehr gut“, 21 % (4A) und 12 % (B11) als „gut“.

Tabelle 62: Aussage 32

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„eindeutig ja“ 1	„eher ja“ 2	„teils, teils“ 3	„eher nein“ 4	„eindeutig nein“ 5
32. Die Therapie hat mir geholfen, eine bessere Selbsteinschätzung zu erlangen und meine Selbstständigkeit und mein Selbstbewusstsein zu verbessern.	<b>4A</b> N=34 SD=0,779	56	27	18	/	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,695	71	20	7	2	/

Ob die Therapie geholfen habe, eine bessere Selbsteinschätzung zu erlangen und die Selbstständigkeit und das Selbstbewusstsein zu verbessern, beantworteten 83 %

(56 % + 27 %) der befragten Patienten der Station 4A und 91 % (71 % + 20 %) der befragten Patienten der Station B11 mit „eindeutig ja“ bzw. „eher ja“, 18 % (4A) und 7 % (B11) mit „teils, teils“ und 2 % (B11) mit „eher nein“.

Tabelle 63: Aussage 33

Aussage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„eindeutig ja“ 1	„eher ja“ 2	„teils, teils“ 3	„eher nein“ 4	„eindeutig nein“ 5
33. Ich habe den Eindruck, dass es mir durch die Therapie besser gelingt, meine Probleme alleine zu bewältigen und von mir gewünschte Veränderungen meiner Lebenssituation zu beeinflussen.	<b>4A</b> N=33 SD=0,742	49	42	6	3	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,727	58	32	9	2	/

Aussage 33 wurde von 33 (97 %) Befragten der Station 4A beantwortet.

Den Eindruck, dass es den Patienten durch die Therapie besser gelingt, die eigenen Probleme alleine zu bewältigen und gewünschte Veränderungen der eigenen Lebenssituation selbst zu beeinflussen, beurteilten 91 % (49 % + 42 %) der befragten Patienten der Station 4A und 90 % (58 % + 32 %) der befragten Patienten der Station B11 mit „eindeutig ja“ bzw. „ich glaube ja“, 6 % (4A) und 9 % (B11) mit „teils, teils“ und 3 % (4A) bzw. 2 % (B11) mit „eher nein“.

Tabelle 64: Frage 34

Frage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„sehr gut“ 1	„gut“ 2	„mittelmäßig“ 3	„schlecht“ 4	„sehr schlecht“ 5
34. Wie geht es Ihnen jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme?	<b>4A</b> N=33 SD=0,667	55	42	/	3	/
	<b>B11</b> N=59 SD=0,554	66	31	3	/	/

Frage 34 wurde von 33 (97 %) Befragten der Station 4A beantwortet.

97 % (55 % + 42 %) der befragten Patienten der Station 4A und 97 % (66 % + 31 %) der befragten Patienten der Station B11 ging es nach der Therapie im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme „viel besser“ bzw. „besser“, 3 % (B11) unverändert und 3 % (4A) fühlt sich „schlechter“.

Tabelle 65: Frage 35

Frage	Station/ Anzahl/ Standard- Abweichung	„eindeutig ja“ 1	„eher ja“ 2	„teils, teils“ 3	„eher nein“ 4	„eindeutig nein“ 5
35. Würden Sie im Falle einer erneuten Erkrankung wieder auf unsere Station kommen?	<b>4A</b> N=34 SD=0,878	56	24	18	3	/
	<b>B11</b> N=58 SD=0,755	66	22	10	2	/

Frage 35 wurde von 58 (98 %) Befragten der Station B11 beantwortet.

80 % (56 % + 24 %) der befragten Patienten der Station 4A und 88 % (66 % + 22 %) der befragten Patienten der Station B11 antworteten auf die Frage, ob sie im Falle einer erneuten Erkrankung wieder auf die selbe Station kommen würden mit „eindeutig ja“ bzw. „ich glaube ja“, 18 % (4A) und 10 % (B11) mit „teils, teils“, 3 % (4A) und 2 % (B11) mit „eher nein“.

### 5.5.10 Zufriedenheit der Patienten in Marburg und Mainkofen auf Itemebene

Der t-Test zeigte, dass sich auf der Ebene der Einzelitems wenige signifikante Unterschiede ergaben.

Wie aus den Tabellen F und G im Anhang D ersichtlich ist, ergaben sich für Item 2 („Mit der Freundlichkeit des Pflegepersonals während meines stationären Aufenthaltes war ich...“)( $p = 0,000$ ;  $T = 4,767$ ;  $df = 91$ ), Item 3 („Die Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals empfand ich als...“)( $p = 0,000$ ;  $T = 3,626$ ,  $df = 91$ ) und Item 4 („Ich hatte den Eindruck, dass das Pflegepersonal Verständnis für meine Situation zeigte und stets bei Problemen ansprechbar war.“)( $p = 0,001$ ;  $T = 3,718$ ,  $df = 91$ ) jeweils höchst signifikante Mittelwertunterschiede zwischen den beiden Stationen. Für die Items 10 („Die Zusammenarbeit und den gegenseitigen Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzten sowie Therapeuten empfand ich als...“)( $p = 0,004$ ;  $T = 2,964$ ;  $df = 91$ ) und 12 („Mit der Strukturierung meines eigenen Therapieplanes und auch meines Tagesablaufes war ich...“)( $p = 0,004$ ;  $T = 3,043$ ;  $df = 50,190$ ) erwiesen sich jeweils sehr signifikante Mittelwertunterschiede. Die Items 11 („Die Einflussmöglichkeit auf meine eigene Therapie empfand ich als...“)( $p = 0,004$ ;  $T = 3,043$ ;  $df = 50,190$ ) und 29 („Die sanitäre Ausstattung der Station empfand ich als...“)( $p = 0,012$ ;  $T = 2,568$ ;  $df = 90$ ) zeigten jeweils signifikante Mittelwertunterschiede zwischen den beiden Stichproben.

Danach waren die Patienten der Station 4A in Marburg mit einem Mittelwert von 2,18 ( $SD = 0,904$ ) signifikant unzufriedener mit der Freundlichkeit der Pflege als die Patienten der Station B11 in Mainkofen ( $M = 1,41$ ;  $SD = 0,646$ ). Des Weiteren schienen die Patienten der Station 4A Marburg mit der Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals ( $M_{4A} = 1,88$ ;  $SD = 0,686$  versus  $M_{B11} = 1,41$ ;  $SD = 0,561$ ), mit dem Verständnis des Pflegepersonals für die eigene Situation ( $M_{4A} = 2,06$ ;  $SD = 0,851$  versus  $M_{B11} = 1,46$ ;  $SD = 0,536$ ), mit der Zusammenarbeit und dem gegenseitigen Austausch zwischen Pflege, Ärzten und Therapeuten ( $M_{4A} = 1,97$ ;  $SD = 0,904$  versus  $M_{B11} = 1,51$ ;  $SD = 0,598$ ), mit der eigenen Einflussmöglichkeit auf die Therapie ( $M_{4A} = 2,12$ ;  $SD = 0,729$  versus  $M_{B11} = 1,80$ ;  $SD = 0,664$ ), mit der Strukturierung des Therapieplanes ( $M_{4A} = 2,32$ ;  $SD = 0,843$  versus  $M_{B11} = 1,83$ ;  $SD = 0,562$ ) und mit der sanitären Ausstattung der Station ( $M_{4A} = 3,15$ ;  $SD = 0,795$  versus  $M_{B11} = 2,66$ ;  $SD = 0,921$ ) signifikant unzufriedener zu sein, als dies bei den Patienten der Station B11 der Fall war. Die signifikanten Gruppenunterschiede zwischen der Station 4A Marburg und

der Station B11 Mainkofen für die Einzelitems spiegeln sich ebenfalls in den signifikanten Gruppenunterschieden hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Gesamtskala ( $p = 0,009$ ;  $T = 2,717$ ;  $df = 47,766$ ) sowie mit den Subskalen „Pflege“ ( $p = 0,000$ ;  $T = 4,659$ ;  $df = 48,312$ ) und „Therapie- und Freizeitgestaltung“ ( $p = 0,002$ ;  $T = 3,119$ ;  $df = 91$ ) wider.

#### **5.5.11 Rubrik „Persönliche Anmerkungen“**

12 von 34 (35,3%) Patienten der Station 4A sowie 35 von 59 (59,3%) Patienten der Station B11 nutzten die Rubrik „Persönliche Anmerkungen, Verbesserungsvorschläge und Kritik“. Hierbei wurden oftmals konkrete Beispiele für im Fragebogen aufgeführte Items genannt. Die Befragten der Station 4A kritisierten am häufigsten die Ausstattung der Räumlichkeiten und wünschten sich eine Verbesserung, gefolgt von der Forderung nach Sanierung der sanitären Anlagen und besserer Hygiene in WC und Duschen. Es fand sich nur ein Aspekt, der nicht im Fragebogen genannt war: „Das Konfrontationskonzept der Station sollte individuell auf jeden Einzelnen abgestimmt werden.“ Ein Befragter erwähnte in dieser Rubrik, dass er sich während des gesamten Aufenthaltes sehr wohl gefühlt habe.

Die Befragten der Station B11 hingegen kritisierten primär das Essen, wobei hier besonders die geringe Auswahl sowie die zu geringe Menge bemängelt wurden. Sekundär wurden die Sauberkeit und die Ausstattung der Räumlichkeiten sowie der sanitären Anlagen kritisiert. Sieben Befragte äußerten ihre vollste Zufriedenheit über die Art der erhaltenen Therapie und über die Hilfe, die ihnen durch Ärzte bzw. Therapeuten zu Teil wurde.

Es fanden sich zwei neue Aspekte, die zuvor im Fragebogen nicht genannt wurden: bessere Möglichkeiten zum Telefonieren, durch z. B. mehr Telefonanschlüsse bzw. die Erlaubnis mit Handys telefonieren zu dürfen sowie den Wunsch, eine Raucherecke einzurichten.

## **5.6 Diskussion**

Die methodische Untersuchung des speziellen Fragebogens der dritten Studie hatte zum Ziel, die spezifische Zufriedenheit der Patienten am Ende einer vollstationären psychotherapeutischen Behandlung zu messen. Des Weiteren sollte die Dimensionalität sowie die Reliabilität der Skala geprüft werden. Zusätzlich wurde der mögliche Einfluss soziodemografischer Variablen, wie Alter, Geschlecht und Aufenthaltsdauer und ein möglicher Unterschied der Stationen hinsichtlich ihrer Item-Beantwortung untersucht. Im folgenden Abschnitt werden die in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Ergebnisse im Hinblick auf ihren Aussagenwert und den Konsequenzen kritisch diskutiert.

Des Weiteren werden auch die mit den Resultaten der Befragung in Zusammenhang stehenden methodischen Probleme im Kontext erörtert.

### **5.6.1 Diskussion der Rücklaufquote**

Bei der Befragung ergab sich für die Station 4A eine Rücklaufquote von 54 %, für die Station B11 59 %, so dass sich weitaus bessere Werte im Vergleich zur Befragung mittels ZUF-8 abzeichneten. Eine durchschnittliche Quote von 82%, wie sie von Lebow (1983) beschrieben wurde, konnte auch mit dieser Studie leider nicht erzielt werden.

Gründe für eine leichte Verbesserung der Rücklaufquoten könnten darin gesehen werden, dass das Pflegepersonal, welches für die Aushändigung der Fragebögen bei dieser Befragung wie auch beim ZUF zuständig war, den Ablauf besser kannte und daran gewöhnt war. Das Pflegepersonal wurde vor Beginn der Studie in einer Vorbesprechung gebeten und darauf hingewiesen, dass jedem Patienten, der vor der Entlassung stand, ein Fragebogen ausgehändigt werden sollte. Außerdem fand die Befragung nur auf jeweils einer Station und nicht im ganzen Haus statt. Dies ermöglichte eine zwischenzeitliche Kontrolle des Befragungsablaufes und das frühzeitige Erkennen von Schwachstellen oder Problemen.

Aus Patientensicht könnte eine hohe Zufriedenheit mit der erhaltenen Therapie zu einer höheren Motivation, an einer solchen Befragung teilzunehmen, geführt haben.

Einige Patienten nutzten vielleicht auch mit ihrer Teilnahme die Möglichkeit, ihre Dankbarkeit gegenüber dem Pflegepersonal und den Ärzten bzw. Therapeuten zum Ausdruck zu bringen. Das Instrument war zudem übersichtlich aufgebaut und enthielt nicht zu viele Items. Dadurch wurde eine schnelle und unkomplizierte Beantwortung ermöglicht. Letztendlich muss auch dieses Ergebnis im Kontext mit den methodischen

Problemen, die schon bei der Befragung mittels ZUF-8 diskutiert und angesprochen wurden, gesehen werden. Die große Anzahl von „Nicht-Antwortern“ stellt ein methodisches Problem dieser und vieler anderer Studien zur Patientenzufriedenheit dar (Attkisson, Greenfield 1994). Dadurch, dass bei diesen Patienten keine Angaben über ihre Zufriedenheit vorliegen, die im Studienergebnis berücksichtigt werden könnten, kennzeichnet die bisherigen Studien zur Patientenzufriedenheit eine systematische Selektion der so genannten „Non-Responder“, was wiederum die Validität der gefundenen Zufriedenheitswerte einschränkt. Gerade hier ist aber mit einem nicht unerheblichen Prozentsatz „latenter“ Unzufriedenheit zu rechnen. In einigen Untersuchungen wurde die Erfahrung gemacht, dass „Teilausfüller“ tendenziell unzufriedener sind als „Komplettausfüller“ (Schmidt et al. 1989).

### ***5.6.2 Diskussion der Deskriptiven Statistik und des Antwortverhaltens***

Die Berechnung der Schiefe-Werte zeigte, dass sich, bis auf die Items 29 und 34, eine linkssteile Verteilung abzeichnete.

Die meisten fehlenden Antworten betrafen die Items 8 (Station B11), 22 (Station 4A) und 24 (Station B11).

Wie nachfolgend aus den Tabellen der Itemausprägungen ersichtlich wurde, bewerteten die befragten Patienten ihre erhaltene Behandlung überwiegend positiv. Um auch hier konkrete Beispiele zu nennen:

- Insgesamt 82 % der Befragten der Station 4A und 98 % der Befragten der Station B11 bewerten den Empfang und die Einführung durch das Pflegepersonal mit „sehr gut“ bzw. „gut“ (Item 1).
- Insgesamt 85 % der Patienten der Station 4A und 95 % der Station B11 empfanden die Hilfe und Unterstützung durch Ärzte und Therapeuten „sehr gut“ bzw. „gut“ (Item 6).
- Insgesamt 94 % der Befragten der Station 4A und 95 % der Befragten der Station B11 beurteilten den Kontakt zu ihren Mitpatienten und ihre Integration als „sehr gut“ bzw. „gut“ (Item 15).
- Dass die Mahlzeiten gemeinsam eingenommen wurden, empfanden insgesamt 94 % der Befragten der Station 4A und 95 % der Befragten der Station B11 als „sehr gut“ bzw. „gut“ (Item 30).



Beim Vergleich der beiden Stationen im Antwortverhalten fiel bei den Häufigkeitsanalysen auf, dass die Patienten der Station B11 oftmals zufriedener schienen. Diese minimalen Differenzen im Antwortverhalten könnten zum einen in einer unterschiedlichen Zusammensetzung der jeweiligen Patientengruppen, z.B. hinsichtlich der Erkrankungen, begründet sein. Zum anderen könnten aber auch Unterschiede im Bereich der Behandlung, des Stationsaufbaus und der Ausstattung der Räumlichkeiten bestehen, so dass von vornherein ein ganz anderer Eindruck bei den Patienten entsteht und daraus wiederum eine andere Bewertung folgt.

Beim Vergleich der beiden Stationen im Antwortverhalten mittels t-Test, erwies sich, dass sich auf der Ebene der Einzelitems einige markante Unterschiede abzeichneten. Die Patienten der Station 4A Marburg waren demnach signifikant unzufriedener mit der Freundlichkeit sowie mit der Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals. Des Weiteren waren sie der Auffassung, dass das Pflegepersonal weniger Verständnis für die eigene Situation zeigte. Die Befragten der Station 4A waren außerdem signifikant unzufriedener mit der Zusammenarbeit und dem gegenseitigen Austausch zwischen Pflege, Ärzten und Therapeuten, mit der eigenen Einflussmöglichkeit auf die Therapie, mit der Strukturierung des Therapieplanes sowie mit der sanitären Ausstattung. Die signifikanten Gruppenunterschiede spiegelten sich ebenfalls in der Zufriedenheit mit der Gesamtskala sowie mit den Subskalen „Pflege“ und „Therapie- und Freizeitgestaltung“ wider (s.5.5.10).

Generell wird jedoch auf Item-Ebene, wie auch beim ZUF-8, evident, dass die erfassten Aspekte der stationären Behandlung bzw. Versorgung mehrheitlich sehr positiv von beiden Patientengruppen bewertet wurden.

Die durch die qualitative Inhaltsanalyse der Patienteninterviews gewonnenen Items stellen offensichtlich, wie auch in der Studie von Spießl et al. (1999), eine repräsentative Auswahl aller zur Erfassung der Zufriedenheit wichtigen Items dar. Diese Annahme wurde auch durch die geringe Anzahl von neuen Aspekten im letzten Abschnitt des Fragebogens („Persönliche Anmerkungen, Verbesserungsvorschläge und Kritik“) bestätigt. Während die Befragten der oben genannten Untersuchung im Feld „Anmerkungen“ des Fragebogens keine neuen Aspekte ergänzten, wurden lediglich zwei neue Gesichtspunkte von den Befragten der Station B11 erwähnt. Bei näherem Vergleich dieser Studie mit der Studie von Spießl et al. (1999) fällt auf, dass der

Regensburger Fragebogen Items zum Entlassungsprocedere, zum Familienkontakt und zur Medikation enthält. Besonders die Frage nach der Vorbereitung auf eine bevorstehende Entlassung rundet die Befragung zum Behandlungsprocedere ab.

Die Items unserer Studie scheinen auch geeignet, weil soziodemografische Variablen, wie Alter, Geschlecht und Dauer des Aufenthaltes die Gewichtung der Items nicht wesentlich beeinflussen.

Kritisch zu bewerten sind sicherlich die hohen Zufriedenheitswerte der Aussagen 4 (*„Verständnis und ansprechbar“*), 7 (*„Verständnis und Vertrauen“*), 8 (*„ernst genommen und gemeinsame Auseinandersetzung bewältigt“*), 9 (*„eingegangen und Akzeptanz“*), 32 (*„Selbsteinschätzung, Selbständigkeit und Selbstbewusstsein“*) und 33 (*„Probleme allein bewältigen und Lebenssituation beeinflussen“*). Die Formulierung dieser gekoppelten Aussagen lassen keinen eindeutigen Schluss zu, auf welchen Teil der Aussage sich die Patienten bei ihrer Beantwortung konzentriert haben. 8 Items mussten aus der deskriptiven Itemanalyse, den faktoranalytischen Berechnungen und den Reliabilitätsanalysen ausgeschlossen werden, da es sich bei den Items 13 (*„Die Eingewöhnungszeit zu Beginn meines Aufenthaltes empfand ich als...“*), 16 (*„Der Austausch mit den Mitpatienten/Innen über Probleme und Erfahrungen empfand ich als...“*), 19 (*„Die Anzahl der Einzelgespräche war für mich...“*), 20 (*„Die Dauer meiner Einzeltherapiegespräche war...“*), 21 (*„Die Anzahl der Gruppengespräche war für mich...“*), 22 (*„Das sportliche Angebot der Station empfand ich als...“*), 23 (*„Das Verhältnis zwischen Freizeitgestaltung und Therapie empfand ich als...“*) und 25 (*„Die Zeit, zu der die Station abends geschlossen wird, empfand ich als...“*) mit den Antwortmöglichkeiten „viel zu lang/viel zu viel/viel zu früh – viel zu kurz/viel zu wenig/viel zu spät“ zum einen um nicht intervallskalierte Skalen handelte und zum anderen keine eindeutige Polung in eine Richtung erkennbar war. Diese Items konnten demnach nur in die Häufigkeitsanalysen einbezogen werden.

Letztendlich muss auch bei dieser Befragung berücksichtigt werden, dass viele Patienten insbesondere bei skalierten Antwortmöglichkeiten im Sinne der „sozialen Erwünschtheit“ antworten (s. Punkt 3.5.5 ZUF-8). Hier könnte die zum Teil abhängige Beziehung der Patienten zum Krankenhaus und der damit verbundenen Therapie eine Rolle spielen. Jede intern in einer Klinik durchgeführte Studie, die in die Behandlung involvierte Personen durch Patienten beurteilen lässt, tendiert nämlich dazu, positivere Ergebnisse zu erhalten als sie z.B. bei einer Befragung von externen Beobachtern ergeben würde. Weniger deutlich zeigt sich diese Tendenz bei offenen Fragen, die nur

Teilaspekte erfassen. Hier finden sich vermehrt kritische Bewertungen (Spießl et al. 1996). Auch in unserem Fragebogen wurden im Abschnitt „Persönliche Anmerkungen, Verbesserungsvorschläge und Kritik“ konkrete Kritikpunkte zu den im Fragebogen aufgeführten Aspekten genannt. Während die Befragten der Station 4A am häufigsten die Räumlichkeiten der Station kritisierten, bemängelten die Befragten der Station B11 das Essen an erster Stelle und zweitrangig die Räumlichkeiten.

### **5.6.3 Diskussion Einzelitems und soziodemographische Variablen**

Der Zusammenhang soziodemografischer Patientenmerkmale mit der Behandlungsbewertung ist vergleichsweise häufig untersucht worden, wobei die Ergebnisse teilweise widersprüchlich waren. Aus den von Gruyters und Priebe 1994 untersuchten Studien geht hervor, dass, wenn Korrelationen mit einer bestimmten Tendenz der Behandlungsbewertung gefunden wurden, diese sich oftmals auf das Alter der Patienten, ihr Geschlecht, das Bildungsniveau und die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit bezogen. So zeigten die Ergebnisse der jeweiligen Studien, dass ältere (vgl. Denner, Halprin 1974; Eisen, Grob 1978; Hansson 1989; Le Vois et al. 1981) und weibliche (vgl. Berger 1983; Priebe 1992) Patienten sowie Patienten mit einem höheren Bildungsniveau (vgl. Le Vois 1981) zufriedener und Mitglieder einer Minorität (vgl. Ciarlo, Reihman 1977) – untersucht wurden vorwiegend farbige Patienten in den USA – unzufriedener mit ihren psychiatrischen Behandlungen sind.

In einer Studie von Spießl et al. (1999) konnten vereinzelt signifikante Zusammenhänge zwischen den Items und den soziodemografischen Daten der jeweiligen Patienten nachgewiesen werden. Spießl et al. (1999) fanden heraus, dass Männer Items, wie „freier Ausgang“ und „Vorbereitung für Entlassung“ als signifikant (je  $p \leq 0,05$ ) wichtiger erachteten als Frauen. Patienten im mittleren Lebensalter bewerteten eine „gute Organisation“ als signifikant ( $p \leq 0,01$ ) wichtiger als Patienten anderer Altersgruppen.

Die Ergebnisse bezüglich eines Zusammenhangs zwischen der Zufriedenheit der Patienten und der bisherigen Dauer ihrer jeweiligen Behandlung sind sehr widersprüchlich und lassen keine eindeutigen Schlüsse zu (vgl. Conte et al. 1989; Hansson 1989; Larsen et al. 1979). Gruyters und Priebe (1994) konstatierten, dass es zwar Untersuchungen zu Behandlungsbeginn und –ende, im Follow up und im

Querschnitt verschiedener Behandlungszeiten gibt, aber kaum solche, die die zeitliche Entwicklung der Behandlungsbewertung explizit erfassen. Etwas ältere qualitative (vgl. Small et al. 1964-1965) und quantitative Arbeiten (Almond et al. 1969) zeigten eine zunehmende Akzeptanz der Behandlung im Verlauf auf. Vor der Entlassung erreichte sie den Maximalwert, um in der Nachuntersuchung wieder abzusinken (vgl. Allen, Barton 1976, Small et al. 1965). Eine von Gruyters und Priebe (1992) eigens konzipierte Längsschnittuntersuchung unter Verwendung visueller Analogskalen wies eine im Gruppendurchschnitt konstant positive Bewertung über den Behandlungsverlauf (20 Monate) hinweg auf. Bei der Betrachtung des individuellen Verlaufes der Bewertung durch Berechnung der Korrelationen über die Zeit erwies sich jedoch die Bewertung als instabil und unterlag z. T. erheblichen intraindividuellen Schwankungen (Gruyters, Priebe 1992).

Wie in einer Studie von Spießl et al. (1999), konnten auch wir nur vereinzelt signifikante Zusammenhänge zwischen den Items und den soziodemografischen Variablen der jeweiligen Patienten nachweisen. Spießl et al. (1999) fanden heraus, dass Männer Items, wie „freier Ausgang“ und „Vorbereitung für Entlassung“ als signifikant (je  $p \leq 0,05$ ) wichtiger erachteten als Frauen. Patienten im mittleren Lebensalter bewerteten eine „gute Organisation“ als signifikant ( $p \leq 0,01$ ) wichtiger als Patienten anderer Altersgruppen.

Bei der Variablen „Geschlecht“ zeigte sich in dieser Studie ein geringer positiver Zusammenhang mit dem Item 31 (*„Dass ich überhaupt die Möglichkeit hatte, eine stationäre Psychotherapie zu machen, empfand ich als...“*). Die Annahme, dass Frauen mit der Möglichkeit sich einer stationären Therapie zu unterziehen, zufriedener sind, konnte aufgrund des fehlenden signifikanten Mittelwertunterschieds nicht bestätigt werden.

Die Korrelationen der Variablen „Alter“ mit den verschiedenen Einzelitems des Faktors „Pflege“ spiegelte sich gleichzeitig in der signifikant negativen Korrelation mit der Subskala „Pflege“ wider. Demnach waren jüngere Patienten mit dem Pflegepersonal unzufriedener als Ältere.

Bei der Variablen „Aufenthaltsdauer“ deuteten geringe positive Zusammenhänge mit zwei Items der Skala (Item 3 *„Die Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals empfand ich als...“* und Item 29 *„Die sanitäre Ausstattung der Station*

*empfand ich als...*“) darauf hin, dass eine kürzere Aufenthaltsdauer mit höheren Zufriedenheitswerten einhergingen.

Insgesamt ließ sich jedoch feststellen, dass die Items relativ unabhängig von den Variablen „Alter“, „Geschlecht“ und „Dauer des Aufenthaltes“ beantwortet wurden, da nur vereinzelt niedrige korrelative Zusammenhänge nachweisbar waren. Die Mittelwertunterschiede hinsichtlich der Variablen „Geschlecht“ konnten nicht signifikant abgesichert werden.

#### **5.6.4 Diskussion der Dimensionalität für die 27-Item-Skala**

Für die Berechnung der Dimensionalität des Fragebogens wurden die beiden Stichproben zusammengefasst, da die einzelnen Patientenzahlen für eine getrennte Faktorenanalyse zu klein, die Kommunalitäten zu gering waren und für die jeweilige Probandengruppe von  $N = 34$  für die Station 4A bzw.  $N = 59$  für die Station B11 zu viele Items zur Verfügung standen. Dieser Zusammenschluss war deshalb möglich, weil beide Stichproben aus dem Bereich der Psychotherapie stammen und sich diese, wie zuvor ermittelt (s.5.5.1), hinsichtlich Geschlecht, Alter und stationärer Aufenthaltsdauer nicht signifikant voneinander unterschieden.

Die Items 13, 16, 19, 20-23 und 25 wurden von vornherein aus der Analyse ausgeschlossen, da es sich hierbei um nicht intervallskalierte Skalen handelte.

27 Items konnten dementsprechend einer ersten Faktorenanalyse unterzogen werden.

Die Ermittlung der Kommunalitäten zeigte eine ausreichend große Stichprobe an.

Die faktorenanalytische Untersuchung ergab eine 7-Faktorenlösung. Die Items 5-9 luden dabei eindeutig auf einem ersten gemeinsamen Faktor. Der zweiten Dimension konnten die Items 14, 32, 33 und 34 und die Items 11, 12, 17 und 24 dem dritten Faktor zugeordnet werden. Die Items 2, 3 und 15 luden auf dem vierten Faktor. Der fünften Dimension konnten die Items 26, 27 und 29 zugewiesen werden. Auf dem sechsten und siebten Faktor luden diverse Items, so dass bei diesen Dimensionen keine eindeutige Zuordnung erfolgen konnte.

Die Items des ersten Faktors erfassten dabei Aspekte der Zufriedenheit mit den Ärzten bzw. Therapeuten, die des zweiten Aspekte der Therapie und des Therapieergebnisses und die des dritten Aspekte der Therapigestaltung. Die Items des vierten Faktors konnten unter dem vorläufigen Titel der „Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal“

zusammengefasst werden. Faktor V erfasste Zufriedenheitsaspekte mit den Räumlichkeiten.

Leider konnten in dieser ersten Analyse nicht alle Items eindeutig einem Faktor zugeordnet werden, so dass sich häufig Doppelladungen bzw. thematisch und inhaltlich inkonsistente Items innerhalb einer Dimension zeigten.

### **5.6.5 Diskussion der Gütekriterien der 27-Item-Skala**

Die Reliabilität der 27-Item-Skala wurde über die interne Konsistenz bestimmt. Mit einem Cronbachs alpha Wert von  $\alpha = 0,918$  konnte eine gute interne Konsistenz nachgewiesen werden. Die Ermittlung der Trennschärfen erbrachte allerdings, dass die Items 1, 15, 18 und 33 ungenügende Trennschärfen unter dem kritischen Wert von  $r_{it} \leq 0,40$  zeigten. Die Notwendigkeit der Elimination dieser Items wurde durch die Ergebnisse der zweiten Faktorenanalyse bestätigt (vgl. 5.5.5).

Die Überprüfung der nach Itemelimination verbleibenden 23-Item-Skala zeigte eine höhere interne Konsistenz mit einem Cronbachs alpha Wert von  $\alpha = 0,919$  bei Wegfall von Item 18, bzw. gleich bleibende Werte für Cronbachs alpha bei Wegfall der Items 15 und 33.

### **5.6.6 Diskussion für die Dimensionalität für die 20-Item-Skala**

In der 7-Faktorenanfangslösung zeigten sich fünf inhaltlich gut zu interpretierende Faktoren, so dass in einer weiteren Analyse die Faktorenanzahl auf fünf festgelegt wurde. Aufgrund ihrer ungenügenden Trennschärfe wurden vier Items von der Analyse ausgeschlossen (s. Punkt 5.5.4). Item 28 und 30 wurden wegen inhaltlicher Inkonsistenz und Item 35 bei ähnlichen Ladungen auf allen fünf Items zusätzliche eliminiert, so dass 20 Items in die Berechnung mit eingingen. Die 5-Faktorlösung zeigte inhaltlich eindeutige und gut voneinander abgrenzbare Dimensionen, wobei die Items 5-9 dem ersten, die Items 10-12, 17 und 24 dem zweiten, die Items 14, 31, 32 und 34 dem dritten, die Items 2-4 dem vierten und die Items 26, 27 und 29 dem fünften Faktor zugeordnet werden konnten. Mit dem Einsatz des Fürntratt-Kriteriums konnte rechnerisch die korrekte Zuordnung des jeweiligen Items zum richtigen Faktor bestätigt werden.

Spießl et al. führten 1999 eine Erhebung durch, bei der zunächst 38 allgemeinspsychiatrische Patienten über Vorstellungen einer „idealen“ stationär-psychiatrischen Behandlung befragt wurden. Basierend auf der qualitativen Inhaltsanalyse von Interviews wurde ein Fragebogen erstellt, der anhand von 39 Items die relative Wichtigkeit verschiedener Aspekte zur Patientenzufriedenheit aus Patientensicht erfassen sollte. Dieser Fragebogen wurde von 58 Patienten eines allgemeinspsychiatrischen Bereiches vollständig beantwortet.

Die Faktorenanalyse der Studie von Spießl et al. (1999) ergab mittels Hauptkomponentenanalyse (PCA) insgesamt 12 Faktoren. Unter Anwendung des Scree-Tests konnten 4 bedeutsame Faktoren extrahiert werden. Die Auswertung nach Varimax-Rotation der 4-Faktoren-Lösung zeigte, dass Faktor 1 Aspekte der therapeutischen Beziehung, der psychiatrischen Therapie sowie der stationären Versorgung abbildet. Faktor 2 erfasste sowohl Aspekte der Patientenautonomie als auch des Stationsklimas. Faktor 3 dokumentierte die fachliche Kompetenz des Personals. Faktor 4 involvierte die Privatsphäre und die Wohnlichkeit auf Station. Auch Hansson und Mitarbeiter (1993) interviewten in ihrer Studie Patienten zu ihren Ansichten über eine ideale stationäre psychiatrische Behandlung. Anschließend ließen sie die 48 inhaltsanalytisch gewonnenen Aussagen von einer weiteren Patientenstichprobe einschätzen. Hansson et al. fanden in ihrer methodisch vergleichbaren Studie heraus, dass, entsprechend den Faktoren 1 („Therapiefaktor“) und 2 („Autonomiefaktor“) der vorliegenden Studie, Aspekte der Patient-Therapeut-Beziehung und die Mitsprachemöglichkeit der Patienten bei der Therapie für die Patientenzufriedenheit besonders wichtig sind. Daneben wurde der Informationsvermittlung ein hoher Stellenwert beigemessen, ein Aspekt, der in der Arbeit von Spießl et al. (1999) nicht explizit genannt wurde. Hier wurden allgemein Gespräche mit dem Personal als wichtig erachtet. Im Gegensatz zur Studie von Hansson und Mitarbeiter (1993) waren die fachliche Kompetenz des Personals (Faktor 3) und die Ausstattung der Klinik (Faktor 4) für die Patienten des Bezirksklinikums Regensburg von größerer Bedeutung. Überraschenderweise wurde der Erfolg der Therapie, der für die Patienten aus Regensburg der wichtigste Zufriedenheitsaspekt war, von den von Hansson und Mitarbeitern (1993) untersuchten Patienten gar nicht erwähnt.

Als Ergebnis dieser Studie wird eine Skala mit insgesamt 20 Items vorgelegt, die sich in 5 Subskalen unterteilen lässt: „Zufriedenheit mit Ärzten und Therapeuten“ (Faktor 1),

„Zufriedenheit mit der Pflege“ (Faktor 2), „Zufriedenheit mit den Möglichkeiten der eigenen Therapie- und Freizeitgestaltung sowie der Zusammenarbeit des Teams“ (Faktor 3), „Umsetzung und Erreichung der Therapieziele“ (Faktor 4) sowie „räumliche Ausstattung der Station“ (Faktor 5). Alle Subskalen leisten eine ähnliche Varianzaufklärung. Von 27 Items ausgehend, konnte durch Itemanalysen sowie einer exploratorischen Faktorenanalyse die Itemanzahl reduziert werden, mit dem Ziel, möglichst wenig Informationsverlust zu haben. Für den späteren Einsatz in der Praxis sind kurze und ökonomisch einzusetzende Skalen von Vorteil.

#### ***5.6.7 Diskussion der Gütekriterien der 20-Item-Skala***

Die Überprüfung der nach Item-Elimination verbleibenden 20-Item-Skala zeigte einen Cronbachs Alpha-Koeffizienten von  $\alpha = 0,907$ . Dies sprach für eine sehr hohe interne Konsistenz des Erhebungsinstrumentes und ist vergleichbar mit dem Ergebnis der Studie von Spießl et al. (1999) (Cronbach  $\alpha = 0,88$ ). Alle Trennschärfekoeffizienten erfüllten die Mindestanforderung von  $r_{it} \geq 0,40$ . Eine hohe Messgenauigkeit des adaptierten Erhebungsinstrumentes konnte damit nachgewiesen werden.

#### ***5.6.8 Diskussion der Subskalen-Interkorrelationen***

Mit dem neu entwickelten Erhebungsinstrument sollten verschiedene Bereiche der Patientenzufriedenheit erfragt werden. Es zeigte sich, dass die bei der Überprüfung der Subskalen-Interkorrelation ermittelten Korrelationskoeffizienten eher niedrig ausfielen, so dass die einzelnen Skalen nur gering miteinander korrelierten. Die Annahme, dass die einzelnen Subskalen verschiedene Aspekte der Behandlung bzw. der Zufriedenheit messen, konnte hiermit bestätigt werden.



### **5.6.9 Zusammenfassung und Ausblick**

Studien zur Patientenzufriedenheit sind mit einer Vielzahl theoretischer und methodischer Mängel behaftet.

Trotz der verschiedenen noch ungelösten Probleme können durch die systematische Erfassung der Patientenmeinung im Qualitätssicherungsprozess Differenzen zwischen den institutionellen Zielvorstellungen nebst den Patientenerwartungen einerseits und der Krankenhauswirklichkeit sowie dem Patientenerleben andererseits erfasst werden.

Heutzutage können Patienten aus einer Vielzahl von Angeboten und zwischen verschiedenen Anbietern wählen. Daher wird es immer wichtiger, die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten zu kennen, um durch Patientenorientierung ein hohes Maß an Zufriedenheit zu erreichen. Im Rahmen der Gesundheitsversorgung sind die Patienten als direkte Leistungsbezieher neben anderen involvierten Gruppen (unter anderem Krankenkassen, Angehörige) als die eigentlichen „Nutzer“ der Leistungserbringer anzusehen. Niemand kann besser darüber Auskunft geben, welche Erwartungen und Wünsche Patienten haben, als diese selbst. Die intuitiv plausible Herangehensweise, den Betroffenen persönlich nach seiner Zufriedenheit mit der erhaltenen Behandlung zu befragen, ist darüber hinaus auch als Aufwertung der Patienten als eigenständige selbstverantwortliche Nutzer von Gesundheitsdienstleistungen zu werten und stützt bis heute die Berechtigung des Konstrukts (Kriz et al. 2008). Solche Befragungen liefern nicht nur Auskünfte über die Zufriedenheit bzw. Patientenansicht, sondern dienen auch der Patientenbindung. Aus Sicht der Patienten erfährt man Stärken und Schwächen einer Klinik bzw. einer Station. Außerdem kann man mit einer solchen Befragung eine Einschätzung der Befragten über die Wichtigkeit oder auch Unwichtigkeit einzelner Abläufe oder Therapieverfahren erhalten und den zukünftigen Bedarf der Patienten kalkulieren. Bei aller Kritik ist die Messung der Patientenzufriedenheit als ein eigenständiger Qualitätsindikator zu sehen (Nübling et al. 2007). Sie ist in allen relevanten Qualitätsmanagementmodellen (z.B. European Foundation for Quality Management EFQM“, „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen KTQ®) integriert.

In der Erstellung eines Fragebogens zur Messung der spezifischen Zufriedenheit in der stationären Psychotherapie lag der Neuheitswert dieser Arbeit.

Basierend auf der qualitativen und quantitativen Inhaltsanalyse eines halbstandardisierten Interviews mit 30 Patienten einer Psychotherapiestation (Studie II) wurde ein Erhebungsinstrument konzipiert, das anhand von 35 Items die relative Wichtigkeit verschiedener Aspekte zur Patientenzufriedenheit aus Patientensicht erfassen sollte. Dieser Fragebogen wurde anschließend insgesamt 93 Psychotherapie-Patienten am Ende ihres stationären Aufenthaltes ausgehändigt.

Die Überprüfung der Dimensionalität und der Reliabilität des neuen Instruments waren dabei die Schwerpunkte. Zusätzlich sollte der mögliche Einfluss der erhobenen soziodemographischen Variablen, wie Alter, Geschlecht und Dauer des stationären Aufenthaltes sowie mögliche Unterschiede der beiden Stichproben in ihrem Antwortverhalten untersucht werden.

Die Untersuchung der geschlossenen Fragen beinhaltete eine Itemanalyse mit Bestimmung der Mittelwerte, der Standardabweichungen, der Schiefe, des Exzess sowie der Berechnung der Trennschärfe der Items. Die Dimensionalität des Erhebungsinstrumentes wurde mittels Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Abbruchkriterium Eigenwert  $< 1$ ) untersucht. Die Reliabilität des Fragebogens wurde durch Berechnung der internen Konsistenz unter Verwendung des Reliabilitätskoeffizienten Cronbachs alpha ermittelt. Zur Untersuchung des Einflusses soziodemografischer Variablen wurden Korrelationsberechnungen sowie t-Tests durchgeführt und letztlich die Antwortverteilungen der einzelnen Patientengruppen mittels Häufigkeitsanalysen untersucht.

Ausgehend von 27 Items (die Items 13, 16, 19, 20-23 und 25 mussten aufgrund ihrer nicht intervallskalierten Skalen und der uneinheitlichen Polung von vornherein aus den Berechnungen ausgeschlossen werden) ergab sich eine 7-Faktorlösung mit fünf inhaltlich gut zu interpretierenden Faktoren. Innerhalb dieser fünf Faktoren traten jedoch einige Items auf, die Doppelladungen aufwiesen bzw. eine thematische und inhaltliche Inkonsistenz zeigten.

Die Ergebnisse der deskriptiv-statistischen Untersuchungen der ursprünglich 27 Items dokumentierten zwar eine sehr gute interne Konsistenz. Vier Items wiesen jedoch eine mangelnde Trennschärfe auf, und zwar die Items 1 („*Empfang und Einführung durch Pflegepersonal*“), 15 („*Kontakt zu Mitpatienten sowie Integration*“), 18 („*Stationäres Aufnahmegespräch*“) und 33 („*Bessere Problembewältigung und Beeinflussung der*

*eigenen Lebenssituation*“). Nach Elimination dieser und, bei bestehender inhaltlicher Inkonsistenz bzw. ähnlich hoher Ladungen auf allen sieben Faktoren, drei weiteren Items (Item 28, 30 und 35) erfolgte eine erneute faktorenanalytische Untersuchung mit 20 Items, bei der die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren auf fünf festgelegt wurde.

Es ergaben sich fünf inhaltlich und thematisch gut voneinander abgrenzbare Faktoren, die mit den Titeln „Zufriedenheit mit Ärzten und Therapeuten“ (Faktor 1), „Zufriedenheit mit der Pflege“ (Faktor 2), „Zufriedenheit mit den Möglichkeiten der eigenen Therapie- und Freizeitgestaltung sowie der Zusammenarbeit des Teams“ (Faktor 3), „Umsetzung und Erreichung der Therapieziele“ (Faktor 4) sowie „räumliche Ausstattung der Station“ (Faktor 5) benannt werden können.

Die Reliabilitätsanalyse der 20-Item-Skala zeigte, trotz der Elimination der oben genannten Items, eine sehr gute interne Konsistenz und spricht für eine hohe Messgenauigkeit des Instrumentes.

Es erwies sich eine weitgehende Unabhängigkeit der Bewertung von soziodemographischen Variablen.

Trotz der erwähnten methodischen Schwierigkeiten konnte mit diesem explorativen Fragebogen, der die Bewertung einzelner Items mit unterschiedlichen Aspekten forderte, ein hohes Maß an Zufriedenheit mit der erhaltenen Therapie unter den Patienten festgestellt werden. Beim Vergleich der beiden Stationen im Antwortverhalten fiel bei den Häufigkeitsanalysen auf, dass die Patienten der Station B11 oftmals zufriedener schienen. Eine Untersuchung mit Hilfe des t-Test zeigte auf der Ebene der Einzelitems wenige signifikante Unterschiede (Item 2-4, 10-12 und 29). Diese signifikanten Gruppenunterschiede zwischen der Station 4A Marburg und der Station B11 Mainkofen der oben genannten Items spiegeln sich auch in der Zufriedenheit mit der Gesamtskala sowie mit den Subskalen „Pflege“ und „Therapie- und Freizeitgestaltung“ wider. Die Ermittlung der Skalen-Interkorrelationen zeigte, dass die einzelnen Subskalen verschiedene Aspekte der Behandlung bzw. der Zufriedenheit messen.

Die festgestellten hohen Zufriedenheitsraten, die sich nicht nur im psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen (s. Befragung mittels ZUF-8, Studie I) Bereich, sondern auch bei allen Konsumentenbefragungen finden (Baker, Intagliata 1982), weisen zum einen darauf hin, dass viele Patienten – insbesondere bei skalierten Antwortmöglichkeiten – im Sinne der „sozialen Erwünschtheit“ antworten. Zum

anderen tritt auch hier, ebenso wie beim ZUF-8 oder in vergleichbaren anderen Studien (Kalman 1983), das methodische Problem der sog. „Nicht-Antwörter“ (= „Non-Responder“) in Erscheinung. Dies könnte Ausdruck einer Verweigerung im Sinne einer unausgesprochenen Unzufriedenheit sein (Spießl, Klein 1995). Die Ergebnisse dieser Studie sind somit ebenfalls durch eine sog. systematische Selektion der „Non-Responder“ gekennzeichnet, was wiederum die Validität der gefundenen Zufriedenheitswerte einschränkt. In weiteren Studien sollte das Problem der „Nicht-Antwörter“ näher durchleuchtet werden, da gerade hier mit einem nicht unerheblichen Prozentsatz „latenter“ Unzufriedenheit zu rechnen ist (Spießl et al. 1996). In Zusammenhang damit steht die Erfahrung, dass „Teilausfüller“ tendenziell unzufriedener sind als „Komplettausfüller“ (Schmidt et al. 1989).

Letztendlich zeigt sich im Ergebnis dieser dritten Studie ein kurzes, und daher sowohl in der Durchführung als auch in der Auswertung, ökonomisches Erhebungsinstrument mit insgesamt 20 Items.

Die Resultate dieser Patientenbefragung sind sowohl für den täglichen Umgang mit Patienten als auch für die Konzeption von Behandlungsstrategien und qualitätsverbessernden Maßnahmen relevant.

Für weitere Untersuchungen erscheint es jedoch sinnvoll, die aus den Patienteninterviews gewonnen Items hinsichtlich ihres Aufbaus zu verbessern. Mit den jetzigen Kenntnissen müssten besonders die gekoppelten Aussagen als Einzelaussagen formuliert werden, um eventuelle Missverständnisse oder Schwerpunkte der Bewertung herauszufiltern. Außerdem müssten die Likert-Skalen der acht nicht intervallskalierten Items überarbeitet werden, um zum einen eine einheitliche Polung zu erreichen und zum anderen die Zufriedenheit dieser Aspekte zu ermitteln. Insgesamt sollte in nachfolgenden Befragungen darauf geachtet werden, dass die Items, die zu einer Subskala gehören, dieselben Antwortkategorien aufweisen.

Positiv zu bewerten ist, dass der Fragebogen nicht nur von Experten generiert wurde, sondern dass mit Hilfe des Patienteninterviews ausschließlich die meist genannten Gesichtspunkte, die für die Patienten die wichtigsten waren, in den Items des Fragebogens berücksichtigt wurden.

In einem nächsten Schritt sollte die gefundene Skala an weiteren Stichproben evaluiert werden. Dabei sollte in einer ersten Überprüfung eine Stichprobe einbezogen werden, die aus der Fachrichtung Psychotherapie stammt. Ziel weiterer Studien sollte auch sein,

---

die Untersuchung mittels einer größeren Patientenstichprobe durchzuführen. Letztlich sollte aus nachfolgenden Tests die Entwicklung eines reliablen, validen und ökonomischen Messinstrumentes der Patientenzufriedenheit resultieren, das möglichst für die Befragung aller stationär behandelten psychiatrischen Patienten geeignet ist, um auf der Grundlage der Bedürfnisse der Patienten konkrete qualitätsverbessernde Maßnahmen durchführen zu können.

## Abbildungen & Tabellen

Abbildung 1: Frage 1 ZUF-8	53
Abbildung 2: Frage 2 ZUF-8	54
Abbildung 3: Frage 3 ZUF-8	55
Abbildung 4: Frage 4 ZUF-8	56
Abbildung 5: Frage 5 ZUF-8	57
Abbildung 6: Frage 6 ZUF-8	58
Abbildung 7: Frage 7 ZUF-8	59
Abbildung 8: Frage 8 ZUF-8	60
Abbildung 9: Frage 9 ZUF-8	61
Abbildung 10: Frage 10 ZUF-8	62
Abbildung 11: Screeplot zur Faktorenanalyse für 10 Items ( $N = 242$ )	65
Abbildung 12: Screeplot zur Faktorenanalyse für 8 Items ( $N = 242$ )	68
Abbildung 13: Screeplot zur Faktorenanalyse für 27 Items ( $N = 93$ )	137
Abbildung 14: Screeplot zur Faktorenanalyse für 20 Items ( $N = 93$ )	144

Tabelle 1: Komponenten der Qualitätssicherung: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität Beispiele für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Medizin (Gerlach 2001, nach Donabedian 1966 und 1980)	14
Tabelle 2: Fragebogenübersicht	38
Tabelle 3: Deskriptive Statistik ZUF-8, Item 1-10	52
Tabelle 4: Kommunalitäten für 10 Items ZUF-8 ( $N = 242$ )	64
Tabelle 5: KMO- und Bartlett-Test für 10 Items ( $N = 242$ )	64
Tabelle 6: Erklärte Gesamtvarianz bei einer 1-Faktorlösung ZUF-8, Item 1-10 ( $N = 242$ )	65
Tabelle 7: Rotierte Faktorenmatrix bei einer 1-Faktorlösung ZUF-8, Item 1-10 ( $N = 242$ )	66
Tabelle 8: Kommunalitäten für 8 Items ( $N = 242$ )	67
Tabelle 9: KMO- und Bartlett-Test für 10 Items ( $N = 242$ )	67
Tabelle 10: KMO- und Bartlett-Test für 10 Items ( $N = 242$ )	69
Tabelle 11: Rotierte Faktorenmatrix bei einer 1-Faktorlösung ZUF-8, Item 1-8 ( $N = 242$ )	69
Tabelle 12: Reliabilitätsanalyse ZUF-8, Item 1-10	70
Tabelle 13: Reliabilitätsanalyse ZUF-8, Item 1-8	71
Tabelle 14: Inter-Item-Korrelationen ZUF-8, Item 1-10	73
Tabelle 15: Kategoriensystem ZUF-8, Kurzform	74
Tabelle 16: Stichprobe des Patienteninterviews	107
Tabelle 17: Soziodemographische Charakteristika der Befragung der Psychotherapiestation 4A Marburg	129
Tabelle 18: Soziodemographische Charakteristika der Befragung der Psychotherapiestation B11 Mainkofen	130
Tabelle 19: Deskriptive Statistik SpezFB, Station 4A Marburg und B11 Mainkofen	132
Tabelle 20: Kommunalitäten für 27 Items ( $N = 93$ )	135
Tabelle 21: KMO- und Bartlett-Test für 27 Items ( $N = 93$ )	138
Tabelle 22: Erklärte Gesamtvarianz bei einer 7-Faktorlösung für 27 Items ( $N = 93$ )	138
Tabelle 23: Rotierte Faktorenmatrix bei einer 7-Faktorlösung für 27 Items ( $N = 93$ )	139
Tabelle 24: Reliabilitätsanalyse für 27 Items ( $N = 93$ )	142

<i>Tabelle 25: KMO- und Bartlett-Test für 20 Items (N = 93)</i>	145
<i>Tabelle 26: Erklärte Gesamtvarianz bei einer 5-Faktorlösung für 20 Items (N = 93)</i>	145
<i>Tabelle 27: Rotierte Faktormatrix bei einer 5-Faktorlösung für 20-Items (N = 93)</i>	146
<i>Tabelle 28: Fürntratt-Kriterium für 20 Items</i>	148
<i>Tabelle 29: Reliabilitätsanalyse für 20 Items (N = 93)</i>	149
<i>Tabelle 30: Nichtparametrische Korrelationen nach Spearman-Rho (N = 93)</i>	150
<i>Tabelle 31: Aussage 1</i>	153
<i>Tabelle 32: Aussage 2</i>	154
<i>Tabelle 33: Aussage 3</i>	154
<i>Tabelle 34: Aussage 4</i>	155
<i>Tabelle 35: Aussage 5</i>	155
<i>Tabelle 36: Aussage 6</i>	156
<i>Tabelle 37: Aussage 7</i>	156
<i>Tabelle 38: Aussage 8</i>	157
<i>Tabelle 39: Aussage 9</i>	158
<i>Tabelle 40: Aussage 10</i>	158
<i>Tabelle 41: Aussage 11</i>	159
<i>Tabelle 42: Aussage 12</i>	159
<i>Tabelle 43: Aussage 13</i>	160
<i>Tabelle 44: Aussage 14</i>	160
<i>Tabelle 45: Aussage 15</i>	161
<i>Tabelle 46: Aussage 16</i>	161
<i>Tabelle 47: Aussage 17</i>	162
<i>Tabelle 48: Aussage 18</i>	162
<i>Tabelle 49: Aussage 19</i>	163
<i>Tabelle 50: Aussage 20</i>	163
<i>Tabelle 51: Aussage 21</i>	164
<i>Tabelle 52: Aussage 22</i>	164
<i>Tabelle 53: Aussage 23</i>	165
<i>Tabelle 54: Aussage 24</i>	166
<i>Tabelle 55: Aussage 25</i>	166
<i>Tabelle 56: Aussage 26</i>	167
<i>Tabelle 57: Aussage 27</i>	167
<i>Tabelle 58: Aussage 28</i>	168
<i>Tabelle 59: Aussage 29</i>	168
<i>Tabelle 60: Aussage 30</i>	169
<i>Tabelle 61: Aussage 31</i>	169
<i>Tabelle 62: Aussage 32</i>	170
<i>Tabelle 63: Aussage 33</i>	171
<i>Tabelle 64: Frage 34</i>	172
<i>Tabelle 65: Frage 35</i>	172

## Abkürzungen

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der <b>W</b> issenschaftlichen <b>M</b> edizinischen <b>F</b> achgesellschaften e.V.
CSQ	<b>C</b> lient <b>S</b> atisfaction <b>Q</b> uestionnaire
DMP	<b>D</b> isease <b>M</b> anagement <b>P</b> rogramme
DRG	<b>D</b> iagnosis <b>R</b> elated <b>G</b> roups
EFQM	<b>E</b> uropean <b>F</b> oundation for <b>Q</b> uality <b>M</b> anagement
EQA	<b>E</b> uropean <b>Q</b> uality <b>A</b> ward
GMDS	Deutsche <b>G</b> esellschaft für <b>M</b> edizinische <b>I</b> nformatik, <b>B</b> iometrie und <b>E</b> pidemiologie
HCFA-DRG	<b>H</b> ealth <b>C</b> are <b>F</b> inancing <b>A</b> dministration <b>D</b> RG
ISO	<b>I</b> nternational <b>S</b> tandardisation <b>O</b> rganisation
IQWiG	<b>I</b> nstitut für <b>Q</b> ualität und <b>W</b> irtschaftlichkeit <b>i</b> m <b>G</b> esundheitswesen
KHG	<b>K</b> ranken <b>h</b> ausgemeinschaft
KMO	<b>K</b> aiser- <b>M</b> eyer- <b>O</b> lkin-Maß
KTQ®	<b>K</b> ooperation für <b>T</b> ransparenz und <b>Q</b> ualität im Krankenhaus
PCA	<b>p</b> rincipal <b>c</b> omponents <b>a</b> nalysis
QM	<b>Q</b> ualitäts <b>m</b> anagement
SpezFB	<b>S</b> pezieller <b>F</b> rage <b>b</b> ogen
SGB	<b>S</b> ozialgesetz <b>b</b> uch
SSS	<b>S</b> ervice <b>S</b> atisfaction <b>S</b> cale
TQM	<b>T</b> otal <b>Q</b> uality <b>M</b> anagement
VECS	<b>V</b> erona <b>E</b> xpectations <b>C</b> are <b>S</b> cale
VSSS	<b>V</b> erona <b>S</b> ervice <b>S</b> atisfaction <b>S</b> cale
WES	<b>W</b> ard <b>E</b> valuation <b>S</b> cale
WHO	<b>W</b> orld <b>H</b> ealth <b>O</b> rganisation (Weltgesundheitsorganisation)
ZUF	Fragebogen zur Patientenz <b>u</b> friedenheit



---

## Literatur

**Allen J. C., Barton G. M.**

Patient comments about hospitalization: Implications for change.

Comprehensive Psychiatry 1976; 17: 631-640

**Almond R., Keniston K., Boltax S.**

Patients value change in milieu therapy.

Archives of General Psychiatry 1969; 20: 339-351

**Arnold K., Lang E.**

Patientenzufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung

Reihe sozialwissenschaftlicher Daten der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin e.V., Hamburg 1994; Band 9

**Attkisson C. C., Zwick R.**

The client satisfaction questionnaire. Psychometric Properties and Correlations with Service Utilization and Psychotherapy Outcome.

Evaluation and Program Planning 1982, Vol.5: 233-237

**Attkisson C. C., Roberts R. E., Pascoe G. C.**

The evaluation ranking scale: clarification of methodological and procedural issues.

Evaluation and Program Planning 1993; 6: 349-358

**Attkisson C. C., Greenfield T. K.**

The Client Satisfaction Questionnaire-8 and the Service Satisfaction Scale-30.

In: Maruish M. (ed.): Psychological testing: treatment planning and outcome assessment.

Lawrence Erlbaum Associates, San Francisco 1994

**Badura B., Strodtholz P.**

Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen

In: Schwarz F.W., Badura B., Leidl R., Raspe H., Siegrist J. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Urban und Schwarzenberg, München – Wien – Baltimore 1998; 574-584

**Baker F., Intagliata J.**

Quality of live in the evaluation of community support systems.

Evaluation and program planning 1982; 5: 69-79

**Berger M.**

Toward maximizing the utility of consumer satisfaction as an outcome.

In: Lamber, M. J., Christensen, S., De Julio, S. (Hrsg.): The assessment of psychotherapy outcome.

John Wiley & Sons, New York 1983

**Blumenstock G.**

Überlegungen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit

In: Ruprecht, T. M. (Hrsg.): Experten fragen - Patienten antworten: Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen; Konzepte, Methoden, praktische Beispiele.

Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Bd. 12, Sankt Augustin 1998; 109-115

**Böcker F. M.**

Zufriedenheit psychisch Kranker mit der psychiatrischen Klinikbehandlung.

Psycho 1989; 15: 608-620

**Brey De H.**

A cross-national validation of client satisfaction questionnaire: the dutch experience.

Evaluation and Program Planning 1983; 6: 395-400

**Bullinger M.**

Lebensqualität – ein neues Bewertungskriterium für den Therapieerfolg.

In: Pöppel E., Bullinger M., Härtel U. (Hrsg.): Kurzlehrbuch der Medizinischen Psychologie.

Weinheim 1994; 369-376

**Burgmer M., Heuft G., Freyberger H. J., Roeder N.**

DRGs in der Psychiatrie und psychotherapeutischen Medizin.

Überblick über die Entwicklung alternativer Klassifikationen.

Der Nervenarzt 2003; 3: 204-210

**Bühl A., Zöfel P.**

SPSS 11. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows.

München: Pearson 2002

**Bühner M.**

Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion.

München: Pearson 2006

**Campbell D. T.**

Reforms as experiments.

American Psychologist 1969, 24: 409-429

**Ciarlo J. A., Reihman J.**

The Denver community mental health questionnaire: Development of a multidimensional program evaluation instrument. In: Coursey R. D., G. A. Specter, S. A. Murrell, B. Hunt (Hrsg.): Program evaluation for mental health: Methods, strategies and participants.

Grune & Stratton, New York 1977

**Cleary P., Edgman-Levitan S., Walker J., Gerteis M., Delbanco T.**

Using patient reports to improve medical care: A preliminary report from 10 hospitals.

Quality Management Health Care 1993; 2 (1): 31-38

**Cleary P.**

The increasing importance of patient surveys.

British Medical Journal 1999; 319: 720-721

**Conte H. R., Plutchik R., Buckley P., Warren Spence D., Byram Karasu T.**

Outpatients view their psychiatric treatment.

Hospital and Community Psychiatry 1989; 40: 641-643

**Delbanco T. L.**

Through the patient's eyes: learning from patient and looking forward

In: Ruprecht, T. M. (Hrsg.): Experten fragen - Patienten antworten: Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen; Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Bd. 12, Sankt Augustin 1998; 31-35

**Denner B., Halprin F.**

Clients and therapists evaluate clinical services.

American Journal of Community Psychiatry 1974; 2: 372-378

**Dick, B., Dissen B., Krieg J.-C., Schreiber W.**

Qualitätskriterien der Mitarbeiterorientierung in Kliniken und Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie

Die Marburger Modellkriterien nach KTQ®

Krankenhauspsychiatrie 2001; 12: 94-98

**Dick B., Dissen B., Krieg J.-C., Schreiber W.**

Qualitätskriterien der Patientenorientierung in Kliniken und Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie

Die Marburger Modellkriterien nach KTQ®

Krankenhauspsychiatrie 2001; 12: 145-151

**Diehl J. M., Kohr H. U.**

Deskriptive Statistik.

Klotz, Eschborn 1999

**Dierks M. L., Blitzer E. M.**

Die Patientenperspektive im Qualitätsmanagement – Focus-group-discussion als qualitatives Erhebungsinstrument. In: Ruprecht, T. M. (Hrsg.): Experten fragen - Patienten antworten: Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen; Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Bd. 12, Sankt Augustin 1998; 69-77

**Donabedian A.**

Evaluating the quality of medical care.  
Milbank Memorial Fund Quarterly 1966; 44: 166-203

**Donabedian A.**

Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 2: The criteria and standards of quality.  
Ann Arbor: Health Administration Press 1982

**DRG – Diagnosis Related Groups**

Online-Ressource:[http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek\\_site\\_de/rechtsgrundlagen](http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/rechtsgrundlagen)  
Download:20.06.2004

**Eichhorn S.**

Qualitätssicherung im Krankenhaus als ärztliche Aufgabe. In: Projektträgerschaft „Forschung im Dienste der Gesundheit“ in der Deutschen Forschungsanstalt für Luft- und Raumfahrt e.V. (Hrsg.): Förderung der medizinischen Qualitätssicherung durch den Bundesminister für Gesundheit 1993; Eigendruck: 35-54

**Eisen S., Grob M.**

Assessing consumer satisfaction from letters to the hospital.  
Hospital and Community Psychiatry 1978; 30: 344-346

**Elbeck M., Fecteau G.**

Improving the validity of measures of patient satisfaction with psychiatric care and treatment.  
Hospital and Community Psychiatry 1990; 41: 998-1001

**European** Foundation for Quality Management (Ed)

Das EFQM Modell für Excellence.

Brüssel: 1999

**Fauman M. A.**

Quality assurance in psychiatry.

American Journal of Psychiatry 1989 ; 146 : 1121-1130

**Festinger L.**

A Theory of Cognitive Dissonance.

Stanford 1957

**Fetter R.B., Shin Y., Freeman J. L., Averill R. F., Thompson J. D.**

Case Mix Definition by Diagnosis-related-Groups.

Medical Care 1980; 18S: 1-53

**Frank R., Salzman K., Fergus E.**

Correlates of consumer satisfaction with outpatient therapy assessed by postcards.

Community Mental Health Journal 1977; 13: 37-45

**Freudenmann R. W., Spitzer M.**

Computergestützte Patientenbefragungen als Grundlage für eine moderne Qualitätssicherung in der Psychiatrie: Ergebnisse der Pilotstudien.

Der Nervenarzt 2001; 72: 40-51

**Fürntratt E.**

Zur Bestimmung der Anzahl interpretierbarer gemeinsamer Faktoren in der Faktorenanalyse psychologischer Daten.

Diagnostica 1969; 15: 62-75

**Glimer B.**

Industrial and organizational psychology.

Mc Graw-Hill, New York 1971

**Geraedts M., Selbmann H. K.**

Wer sollte die Qualität der Gesundheitsversorgung definieren – Patienten, Ärzte, Krankenkassen oder Gesundheitspolitiker?

In: Helmich, P., Nöring, R., Schmitten, J., Schwantes, U., Seelbach, H., Sohn, W. (Hrsg.): Primärärztliche Patientenbetreuung Lehre-Forschung-Praxis. Schattauer, Stuttgart - New York 1997; 246-257

**Geraedts M., Selbmann H. K., Ollenschläger G.**

Beurteilung der methodischen Qualität klinischer Messgrößen

Zeitschrift für ärztlicher Fortbildung und Qualitätssicherung 2002; 96: 91-96

**Gerlach F. M.**

Qualitätsförderung in Praxis und Klinik. Eine Chance für die Medizin.

Thieme-Verlag Stuttgart 2001

Online-Ressource: <http://www.q-m-a.de/2definitionen/0index/3qualitaetskategorien/view>

Download : 20.04.2003

**GMDS – Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie.**  
Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements.

In: Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie 4, 1996; 200-230

**Greenfield T. K., Attikisson C. C.**

Steps toward a multifactorial satisfaction scale for primary care and mental health services.

Evaluation and Program Planning 1989; 12: 271-278

**Gruyters T., Priebe S.**

Die Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Patienten – eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität.

Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie. 1992; 60: 140-145

**Gruyters T., Priebe S.**

Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Erforschung.

Psychiatrische Praxis 1994, 21: 88-95

**Hansson L.**

Patient satisfaction with in-hospital psychiatric care. A Study of a 1-Year Population of Patients Hospitalized in a sectorized Care Organisation.

European Archives of Psychiatry and Neurological Science 1989, 239: 93-100

**Hansson L., Björkman T., Borglund I.**

What is important in psychiatric inpatient care? Quality of care from the patient's perspective.

Quality Assurance in Health Care 1993; 5: 41-47

**Haeske-Seeberg H.**

Qualitätsmanagement im ärztlichen und pflegerischen Bereich.

ZFUW Universität Kaiserslautern 2000

**Huxley P., Warner R.**

Case management, quality of life, and satisfaction with services of long-term psychiatric patients.

Hospital and Community Psychiatry 1992; 43: 799-802

**Huxley P. et al.**

The general satisfaction questionnaire.

MHSWRU : Manchester University Press ; 1992

**Ingelhart R.**

Kultureller Umbruch. Wertwandel in der westlichen Welt.

Campus, Frankfurt, New York 1989

**IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**

Online-Ressource: <http://www.iqwig.de/ueber-uns.21.html>

Download 25.11.2007

**Kalman T. P.**

An overview of patient satisfaction treatment.

Hospital and Community Psychiatry 34 1983; 48-54



**Kingman S.**

Users criticise psychiatric care.

British Medical Journal 1993; 306: 1225

**Klemperer D.**

Patientenorientierung im Gesundheitssystem. Stichwort aus „Handwörterbuch Gesundheitspolitik“

Qualität in der Gesundheitsversorgung – Newsletter der GQMG 1 (7) 2000: 15-16

**Kohlmann T., Deck R., Klockgether R., Raspe H., Brockow T., Engster M.**

Rückenschmerzen in der Lübecker Bevölkerung – Syndrome, Krankheitsverhalten und Versorgung.

Abschlussbericht an dem BMFT, Lübeck 1994

**Kohlmann T., Raspe H.**

Der Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen (FFbH-R).

Rehabilitation 1996; 35: I-VIII.

**Kohlmann T., Bullinger M., Kirchberger-Blumstein I.**

Die deutsche Version des Nottingham Health Profile (NHP): Übersetzungsmethodik und psychometrische Validierung.

Sozial- und Präventivmedizin 1997; 42: 175-185

**Kolkman F. W., Scheinert H. D., Schoppe C., Walger M.**

KTQ® - Projekt zur Zertifizierung von Akutkrankenhäusern.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2000; 94: 651-657

**Kolitzus H., Feuerlein W.**

Zwei bis drei Jahre nach stationärer Krisenintervention: Weitere stationäre Behandlungen, momentane Befindlichkeit und subjektive Beurteilung der Indexbehandlung im Rückblick.

Psychiatrische Praxis 1989; 16: 71-77

**Kriz D., Nübling R., Steffanowski A., Wittmann W. W., Schmidt J.**

Patientenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation: Psychometrische Reanalyse des ZUF-8 auf der Basis multizentrischer Stichproben verschiedener Indikation

Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2008; 17: 67-79

**Küchler T., Schreiber H. W.**

Lebensqualität in der Allgemeinchirurgie – Konzepte und praktische Möglichkeiten der Messung.

Hamburger Ärzteblatt 1989; 43: 246-250

**Langewitz W., Keller A., Denz M., Wössner-Buntschu B., Kiss A.**

Patientenzufriedenheits-Fragebogen (PZF): Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt-Patient-Beziehung?

Psychotherapie – Psychosomatik - Medizinische Psychologie 1995; 45: 351-357

**Langewitz W., Conen D., Nübling M., Weber H.**

Kommunikation ist wesentlich – Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus Sicht von Patienten und Patientinnen

Psychotherapie – Psychosomatik - Medizinische Psychologie 2002; 52: 348-354

**Längle G., Schwärzler F., Eschweiler G. W., Renner G., Schramm K., Waschulewski H.**

Der Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit (TÜB 2000)

Psychiatrische Praxis 2002; 29: 83-89

**Larsen D. L., Attkisson C. C., Hargreaves W. A., Nguyen T. D.**

Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale.

Evaluation and Program Planning 1979; 2: 197-207

**Lebow J. L.**

Consumer satisfaction with mental health treatment.

Psychological Bulletin 1982; 91: 244-259

**Lebow J. L.**

Client satisfaction with mental health treatment.

Evaluation Review 1983; 7: 729-756

**Leese M., Johnson S., Slade M. et al.**

User perspective on needs and satisfaction with mental health services.

PriSM Psychosis Study 8.

British Journal of Psychiatry 1998; 173:409-415

**Lehman A. F., Zastowny T. R.**

Patient satisfaction with mental health services: a meta analysis to establish norms.

Evaluation and Program Planning 1983; 6: 265-274

**Leimkühler A. M.**

Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. In: Gaebel, M.:  
Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus.

Springer, Wien, New York 1995; 163-172

**Leimkühler A. M., Müller U.**

Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache?

Der Nervenarzt 1996; 67: 765-773

**Leimkühler A. M., Dunkel R., Müller P.**

Determinanten der Patientenzufriedenheit: behandlungsbezogene und klinische  
Variablen, subjektives Krankheitskonzept und Lebensqualität

Fortschritte Neurologie-Psychiatrie 2002; 70: 410-417

**Leimkühler A. M., Dunkel R.**

Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt. Ergebnisse  
einer Stichtagserhebung.

Der Nervenarzt 2003; 74: 40-47

**Lemkau P. V., Rice C. E., Klett S. L., Berger D.G., Sewall L. G.**

The ward evaluation scale

Journal of Clinical Psychology 1963; 19: 251-258

**Ley P.**

Satisfaction, compliance and communication.

British Journal of Clinical Psychology 1982; 21: 241-254

**Le Vois Maurice, Nguyen Tuan D., Attkisson Clifford C.**

Artifact in Client satisfaction assessment. Experience in Community Mental Health Settings.

Evaluation and Program Planning 1981; Vol.4: 139-150

**Lienert A.**

Testaufbau und Testanalyse (4. Auflage) München, Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1989

**Linn L. S.**

The mental hospital from the patient perspective

Psychiatry 1968; 31: 213-223

**Linn L. S.**

Factors associated with patient evaluation of health care.

Milbank Fund Quarterly (Health & Society) 1975, 53: 531-548

**Locke E. A.**

The nature and causes of job satisfaction.

The Handbook of Industrial and Organization Psychology.

Rand Mc Nally College Publications, New York 1976; 1297-1350

**Love R. E., Caid C. D., Davis A.**

The User Satisfaction Survey: Consumer Evaluation of an Inner City Community Mental Health Center.

Evaluation and Health Professions 1979; 1: 42-54

**Mans E. J.**

Die Patientenzufriedenheit als Kriterium der Qualitätssicherung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation

Das Gesundheitswesen 1995; 57: 63-68

**Mattejat F., Remschmidt H.**

Evaluation von Therapien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung.

Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 1993; 22: 192-233

**Mattejat F., Remschmidt H.**

Aufgaben und Probleme der Qualitätssicherung in der Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.

Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 1995; 23: 71-83

**Mattejat F.**

Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK), Untersuchungsanleitung/Glossar 1999

**Mayring P.**

Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In: Abele A., Becker P. (Hrsg.) Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik. Juventa, Weinheim München 1991, 51-70

**Mayring P.**

Qualitative Inhaltsanalyse.

Weinheim: Beltz Deutscher Studien Verlag 2003

**Meffert H.**

Marketingforschung und Käuferverhalten.

Gabler 1992, Wiesbaden

**Mc Phee C.**, Zusman J., Joss R. H.

Measurement of patient satisfaction: a survey of practices in community mental health centers.

Comprehensive Psychiatry 1975; 16: 399-404

**Mecker P.**

Wohlbefinden. Theorie – Empirie - Diagnostik

Juventa Weinheim München; S. 51-70

**Mirvis D. M.**

Patient satisfaction: Can patients evaluate the quality of health care?

Tennessee Medicine 1998; 91: 277-279

**Nagata C.**, Ido M. Shimizu H., Misao A., Matsuura H.

Choice of response scale for health measurement: Comparison of 4,5 and 7-point scales and visual analog scale.

Journal of Epidemiology 1996; 6 (4): 192-197

**Nguyen Tuan D.**, Attkisson Clifford C., Stegner Bruce L.

Assessment of patient satisfaction: Development and refinement of a service evaluation questionnaire.

Evaluation and Program Planning 1983, Vol. 6, pp.299-314

**Nübling R.**, Steffanowski A., Körner M., Rundel M., Kohl C. F., Löschmann C.,

Schmidt J.

Kontinuierliche Patientenbefragung als Instrument für das interne Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.

Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2007; 12: 44-50

**Panchaud C.**, Guillain H., Cranovsky R., Eicher E.

Qualitätsterminologie. NAQ-News 1999.

Schweizerische Ärztezeitung 1999; 79 (32/33): 1960-1967

**Pascoe G. C.**

Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis.

Evaluation and Program Planning 1983; 6: 185-210

**Pascoe G. C., Roberts R. E.**

The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction.

Evaluation and Program Planning 1983; 6: 335-347

**Priebe S.**

Die Bedeutung der Patientenmeinung. Initiale Bewertung und Verlauf psychiatrischer Therapie.

Hogrefe, Göttingen 1992

**Priebe S., Gruyters T.**

The role of the helping alliance in psychiatric community care – A prospective study.

Journal of Nervous and Mental Disease 1993; 181: 552-557

**QMA**

Das Informations- und Fortbildungsprogramm für Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung

Online-Ressource: <http://www.q-m-a.de/2definitionen/2qualitaetsmanagement/view> und <http://www.q-m-a.de/6qmsysteme/3ktq/view>

Download am 15.07.2005

**Rentrop M., Böhm A., Kissling W.**

Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung.

Fortschritte Neurologie-Psychiatrie 1999; 67: 456-465

**Richter-Kuhlmann E. A.**

Arzt-Patienten-Beziehung: Werte im Wandel

Deutsches Ärzteblatt 102 (2005), 40: A-2694/ B-2273/ C-2147

**Rienhoff O.**

Qualitätsmanagement

In: Schwarz F.W., Badura B., Leidl R., Raspe H., Siegrist J. (Hrsg.): Das Public Health Buch.

Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1998; 585-598

**Roberts R. E., Attkison C. C.**

Assessing client satisfaction among hispanics.

Evaluation and Program Planning 1983; 6: 395-400

**Roberts R. E., Pascoe G. C., Attkisson C. C.**

Relationship of service satisfaction to life satisfaction and perceived well-being.

Evaluation and Program Planning 1983; 6: 373-383

**Roberts J., Tugwell P.**

Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care.

Health Services Research 1987; 22 (5): 637-654

**Rosenhan D. L.**

On being sane in insane places

Science 1973; 179: 150-158

**Ruggeri M.**

Patients` and relatives` satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement.

Social Psychiatry, Psychiatric Epidemiology 1994; 29: 212-227

**Ruggeri M., Dall` Agnola R., Agostini C., Bisoffi G.**

Acceptability, sensitivity and content validity of the VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their relatives.

Social Psychiatry, Psychiatric Epidemiology 1994; 29: 265-276



**Ruprecht T.**

Qualität quo vadis – die Perspektive der Patienten

Qualität der Gesundheitsversorgung – Newsletter der GQMG 2000; 7: 9-14

**Satzinger Walter**

Der Weg bestimmt das Ziel? Zur Rolle des Erhebungsverfahrens bei Befragungen von Krankenhauspatienten.

In: Ruprecht, T. M. (Hrsg.): Experten fragen - Patienten antworten: Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen; Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Bd. 12, Sankt Augustin 1998; 101-108

**Schnell R., Hill P. B., Esser E.**

Methoden der empirischen Sozialforschung.

7. Auflage, Oldenbourg Wissenschaftsverlag 2005

**Schmidt J., Lamprecht F., Wittmann W. W.**

Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen.

Psychotherapie und medizinische Psychologie 1989; 39: 248-255

**Schönbach K.-H.**

Marktorientierung der Krankenkassen.

Die BKK 1/97, 1997; 9-17

**Schreiber W., Dick B., Krieg J.-C.**

Das Customer Driven Psychiatric Hospital: Kundenorientierung als Grundprinzip stationär psychiatrischer Versorgung.

Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2001; 6: 179-185

**Selbmann H. K.**

Grundprinzipien des Qualitätsmanagements im öffentlichen Gesundheitswesen.

Gesundheitswesen 1996; 58: 583-587

**Selbmann H. K.**

Umfassendes Qualitätsmanagement im Krankenhaus.

Der Nervenarzt 1998; 69: 28

**Siegrist K.**, Schlesebusch P., Trenckmann U.

Fragen wir den Kunden.

Psychiatrische Praxis 2002; 29: 201-206

**SGB V**

Gesetzliche Krankenversicherung, Neunter Abschnitt,

Sicherung der Qualität der Leistungserbringung

Bundesgesetzblatt (BGBl.) I 1988, §§ 135 ff., S. 2477

**Small I. F.**, Messia J. A., Small J. G.

The meaning of hospitalization: A comparison of attitudes of medical and psychiatric patients.

Journal of Nervous and Mental Disease 1964; 139: 575-580

**Small I. F.**, Small J. G., Gonzales R.

The clinical correlates of attitudinal change during psychiatric treatment.

American Journal of Psychotherapy 1965; 19: 66-74

**Small J. G.**, Small I. F., Hayden M. P.

Prognosis and change in attitude: The importance of shifts of opinion in psychiatric patients.

Journal of Nervous and Mental Disease 1965; 140: 215-217

**Sorensen J. L.**, Kantor L., Margolis R.

The extent, nature, and utility of evaluating consumer satisfaction in community mental health centers.

American Journal of Community Psychology 1979; 7: 329-337

**Spießl H., Klein H. E.**

Psychiatrische Patienten beurteilen Institutionen und Personal

Psycho 1995; 21: 613-619

**Spießl H., Cording C., Klein H. E.**

Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie

Krankenhauspsychiatrie 1995; 6: 156-159

**Spießl H., Krischker S., Spindler P., Cording C., Klein H. E.**

Patientenzufriedenheit im psychiatrischen Krankenhaus

Krankenhauspsychiatrie 1996; 7: 1-5

**Spießl H., Spießl A., Cording C.**

Die „ideale“ stationär-psychiatrische Behandlung aus Sicht der Patienten

Psychiatrische Praxis 1999; 26: 3-8

**Straub C.**

Qualitätssicherung im Krankenhaus: Die Rolle der Patienten.

In Badura B., Feuerstein G., Schott, T. (Hrsg.): System Krankenhaus, Weinheim-München, Juventa 1993

**Trojan A.**

Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen

Fischer-Taschenbuch; Frankfurt/Main 1986

**Trojan A.**

Warum soll der Patient gefragt werden?

In: Ruprecht, T. M. (Hrsg.): Experten fragen - Patienten antworten: Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen; Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Bd. 12, Sankt Augustin 1998; 15-31

**Urquhart B.**, Bulow B., Sweeny J., Shear M. K., Frances A.

Increased specificity in measuring satisfaction.

Psychiatric Quarterly 1986; 58: 128-134

**Walker A.**, Restuccia J.

Obtaining information on patient satisfaction with hospital care: mail versus telephone.

Health Services Research 1984; 19 (3): 291-306

**Wallbott H. G.**

Das Emotionale in der Sozialpsychologie und das Soziale in der Emotionspsychologie –  
Versuch eines vernachlässigten Grenzbereichs.

Zeitschrift für Sozialpsychologie 1991; 53-65

**Ware J. E.**, Avery Davies A., Stewart A. L.

The measurement and meaning of patient satisfaction: A review of the recent literature.

Health and Medical Care Services Review 1978, 1: 1-15

**Ware J. E.**, Davies A. R.

Behavioral consequences of consumer dissatisfaction with medical care.

Evaluation and Program Planning 1983; 6: 291-297

**Weinstein R. M.**

Patient attitudes toward mental hospitalisation: A review of quantitative research

Journal of Health and Social Behavior 1979; 20: 237-258

**Wüthrich-Schneider E.**

Patientenzufriedenheit – Wie verstehen?

Schweizerische Ärztezeitung 2000; 81: Nr.20: 1046-1048

**Wüthrich-Schneider E.**

Patientenzufriedenheit – Wie messen?

Schweizerische Ärztezeitung 2000; 81: Nr.21: 1116-1119

---

**Wüthrich-Schneider E.**

Patientenzufriedenheit – Praktisches Beispiel einer Messung

Schweizerische Ärztezeitung 2000; 81: Nr.22: 1193-1196

## Anhang I

A: Erhebungsmaterial der Studie I: Zufriedenheitsfragebogen (ZUF-8)

<b style="font-size: 1.5em;">KLINIKUM</b> der Philipps-Universität Marburg <small>Anstalt des öffentlichen Rechts, Sitz Marburg</small>		Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Direktor: Prof. Dr. J.-C. Krieg
---	---	--

### Sehr verehrte Patientinnen und Patienten!

Ihre Meinung über Ihren stationären Aufenthalt ist uns wichtig. Wir möchten Sie daher bitten, uns einige Fragen zu beantworten. Wir danken Ihnen für Ihre Mühe!

**1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?**

• ausgezeichnet	• gut	• angemessen	• dürftig
-----------------	-------	--------------	-----------

**2. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?**

• eindeutig nicht	• ich glaube nicht	• ich glaube ja	• eindeutig ja
-------------------	--------------------	-----------------	----------------

**3. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?**

• ziemlich unzufrieden	• leicht unzufrieden	• weitgehend zufrieden	• sehr zufrieden
------------------------	----------------------	------------------------	------------------

**4. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?**

• sehr zufrieden	• weitgehend zufrieden	• leicht unzufrieden	• ziemlich unzufrieden
------------------	------------------------	----------------------	------------------------

**5. In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?**

• sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen	• sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen	• sie hat den wenigsten meiner Bedürfnisse entsprochen	• sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen
--	--	--	---

**6. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?**

• eindeutig nicht	• ich glaube nicht	• ich glaube ja	• eindeutig ja
-------------------	--------------------	-----------------	----------------

**7. Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?**

• eindeutig nicht	• ich glaube nicht	• ich glaube ja	• eindeutig ja
-------------------	--------------------	-----------------	----------------

**8. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?**

• ja, sie half eine Menge	• ja, sie half etwas	• nein, sie half eigentlich nicht	• nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht
---------------------------	----------------------	-----------------------------------	--

**9. Hat die Pflege, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, Ihren Alltag wieder selbst zu bewältigen?**

• ja, sie half eine Menge	• ja, sie half etwas	• nein, sie half eigentlich nicht	• nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht
---------------------------	----------------------	-----------------------------------	--

**10. Wie geht es Ihnen jetzt (im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme)?**

• viel besser	• ein wenig besser	• ein wenig schlechter	• viel schlechter
---------------	--------------------	------------------------	-------------------

**11. Was hat Ihnen in unserer Klinik am wenigsten gefallen?**

---

---

---

**12. Was hat Ihnen in unserer Klinik am besten gefallen?**

---

---

---

**13. Welche Anmerkungen haben Sie außerdem?**

---

---

---

## B: Kategoriensystem der offenen Fragen ZUF-8

**Ärzte/Therapeuten***Am besten gefallen***Nennungen insgesamt** **54 (57)**

Die Ärzte/Die Therapeuten; die behandelnden Ärzte/ärztliche Behandlung 20 (20)

• Eigenschaften der Ärzte/Therapeuten 23 (24)

n kompetent/qualifiziert	6
n Zuwendung	4
n freundlich	3
n nett	3
n ansprechbar	3
n verständnisvoll	1
n fürsorglich	1
n einfühlsam	1
n Menschlichkeit	1
n hilfsbereit	1

• Einzelnennungen 11 (13)

n Herr A (Dank an Herrn A!/ Herr A und sein Team sind sehr auf mich eingegangen und haben mich gestärkt.)	3
n Frau Dr. B (Frau Dr. B, die nicht nur fachliche Kompetenz, sondern auch menschlich voll in Ordnung ist!/ Ärztin (Frau Dr. B) erkannte miserablen Zustand des Patienten, von ihr bekam der Patient die Hilfe, die er/sie brauchte.)	2
n Herr C (verständnisvoller Therapeut)	2
n Frau D (Dank an Frau D)	1
n Herr Dr. E (Herr Dr. E macht einen guten Job)	1
n Herr Dr. F (Herr Dr. F ist sehr strukturiert und noch nicht abgestumpft)	1
n Herr G	1
n Frau H	1
n Frau I	1



*Am wenigsten gefallen***Nennungen insgesamt****2 (2)**

- n Die Unpünktlichkeit eines Therapeuten.
- n Die unzureichende ärztliche Betreuung.

1  
1

*Anmerkungen***Nennungen insgesamt****3 (3)**

- n Frau J fiel mir durch ein hohes Maß an wissenschaftlicher Kompetenz auf. Ich fühlte mich gut unterstützt.
- n Entgegenkommen und gute Absprachen mit behandelnder Ärztin, Frau Dr. B.
- n Die Ärzte geben sich die größte Mühe.

1  
1  
1

**Pflegepersonal***Am besten gefallen***Nennungen insgesamt****76 (91)**

- n Pflegepersonal
- n Eigenschaften des Pflegepersonals

14 (14)  
46 (59)

- nett
- freundlich
- kompetent/qualifiziert/gut
- ansprechbar/“offenes Ohr haben“
- liebevoll/einfühlsam
- hilfsbereit
- verständnisvoll
- engagiert
- Zuwendung
- fürsorglich
- menschlich/partnerschaftlich
- interessiert
- herzlich
- geduldig

13  
8  
8  
6  
4  
4  
3  
3  
3  
2  
2  
1  
1  
1

n Die Betreuung/Behandlung durch das Pflegepersonal	9 (9)
n Gespräche mit Pflegepersonal	4 (4)
n Einzelnennungen	3 (5)
• Herr a (Ein super lieber Herr a)	2
• Frau b (Eine super liebe Frau b)	1
• Frau c (Eine super liebe Frau c)	1
• Herr d (Ein super lieber Herr d)	1

#### *Am wenigsten gefallen*

#### **Nennungen insgesamt** 10 (10)

n Manches Pflegepersonal, dass einen wie ein kleines Kind behandelt	1
n Das der Ton nicht immer angemessen ist	1
n Teilweise unfreundliches Pflegepersonal	1
n „Ich hätte mir zu Beginn des Aufenthaltes Freundlichkeit seitens einiger Pfleger gewünscht!“	1
n Das Teile des Personals bestimmte Prinzipien, wie Pünktlichkeit, ohne Ansicht des Einzelfalls betonten, ohne sie selbst einzuhalten.	1
n Das mangelnde Interesse, der kühle Umgangston des Pflegepersonals, welches kaum kooperativ war und sich starr auf die Anordnungen fixierte. Ich hatte das Gefühl permanenter Ablehnung.	1
n Der Umgang mit dem Pflegepersonal ist gewöhnungsbedürftig.	1
n Autoritäres Verhalten von zwei bis drei Pflegekräften.	1
n Zuwendung des Pflegepersonals	1
n Patient hat vermisst, alles gezeigt zu bekommen, wo z.B. Dusche, Bad etc. liegen, wie Tagesablauf aussieht.	1

#### *Anmerkungen*

#### **Nennungen insgesamt** 1 (1)

n Das Pflegepersonal sollte von Patienten nicht eine Haltung fordern, die es selber nicht hat.	1
--	---

## Team

*Am besten gefallen*

**Nennungen insgesamt** 11 (11)

- n Die Organisation der Station/Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Therapeuten, Pflegern und Schwestern 4
- n Das Stationsteam 3
- n Angenehme und lockere Atmosphäre innerhalb des Teams 1
- n Motiviertes Behandlungsteam 1
- n Die liebevolle Zuwendung und die Gespräche vom gesamten Team 1
- n Die Gesamtbetreuung 1

*Am wenigsten gefallen*

**Nennungen insgesamt** 4 (4)

- n Die Hektik auf der Station 2
- n Manchmal wusste die linke Hand nicht, was die rechte macht. 1
- n Manchmal etwas Verwirrung durch sehr unterschiedliche Aussagen von Therapeut und Pflegern bzw. manchmal Mängel in der Informationsweiterleitung 1

*Anmerkungen*

**Nennungen insgesamt** 0 (0)

## Therapieangebot

*Am besten gefallen*

**Nennungen insgesamt**

**48 (63)**

n Ergotherapie	11
n Sport/Sportprogramm	10
n Auswahl und Abwechslung des Therapieangebotes	5
n Bewegungstherapie	3
n Entspannung	3
n Gespräche	3
n Oasedienst	2
n Gymnastik	2
n Depressionsgruppe	2
n Außenaktivitäten	1
n Massagen	1
n Boxtraining	1
n Selbstverteidigung	1
n Bewegungsbad	1
n Hockertherapie	1
n Joggen gehen	1
n Psychoedukation	1
n Einzeltherapie	1
n Gruppentherapie	1
n Der Tischdienst	1
n Die Kommunität	1
n Grillabend	1
n Geäußerte Wünsche bezüglich der Tagesgestaltung wurden akzeptiert.	1
n Einzelnennungen	8 (8)
• Frau O (Sport bei Frau O)	3
• Herr P (Verhaltenstherapie bei Herrn P; Gespräche mit Herrn P)	2
• Frau Q (Die Einzelbewegung bei Frau Q)	1
• Frau R (Beschäftigungstherapie Frau R)	1
• Dr. S (Gespräche mit Dr. S)	1

*Am wenigsten gefallen:***Nennungen insgesamt 31 (36)**

n zu wenig Gespräche	8
n zu wenig Zeit für Gespräche	3
n zu wenig Sport	2
n Bewegungstherapie	2
n Frühsport/Gymnastik	2
n Eutonie	2
n schlechter Sport	1
n zu wenig Zeit vom behandelnden Arzt	1
n keine Gestaltungstherapie in einer Gruppe	1
n zu wenig Spiele	1
n zu wenig Freizeitangebote	1
n Selbstverteidigung	1
n Ergotherapie	1
n Dienstagsgruppe	1
n Verspätung der Visite	1
n Terminverschiebung	1
n Die Außenaktivitäten	1
n zu eng gelegte Termine	1
n Wenn nicht soviel Programm gewesen ist.	1
n Therapieplan wurde nicht eingehalten.	1
n Tagesablauf, z.B. Frühstück vor dem Frühsport	1
n Feste Fernsehzeiten	1
n zu wenig Ausgang	1

*Anmerkungen***Nennungen insgesamt 5 (5)**

n Eventuell größeres Sportangebot	1
n Ein insgesamt gutes Therapieprogramm	1
n Man sollte sich mehr Zeit für Gespräche nehmen und nicht alles nach Schema F abfertigen.	1
n Die Stationsgruppe finde ich sehr wichtig.	1
n Es wäre schön, die gemeinsamen Außenaktivitäten in mehrere Gruppen aufzuteilen mit Rücksicht auf ältere und gehbehinderte Mitpatienten	1

**Medikation***Am besten gefallen***Nennungen insgesamt****2 (2)**

n Die Medikation

2

*Am wenigsten gefallen***Nennungen insgesamt****1 (1)**n Das die Medikamente immer mehr  
erhöht wurden.

1

*Anmerkungen***Nennungen insgesamt****0 (0)**

## Ausstattung der Räumlichkeiten der Station und des Hauses

*Am besten gefallen*

**Nennungen insgesamt** **2 (2)**

n Das Zimmer	1
n Ausstattung der 3A	1

*Am wenigsten gefallen*

**Nennungen insgesamt** **51 (54)**

n Innenausstattung der Zimmer/des Aufenthaltraumes/des Entspannungsraumes usw. (nicht komfortabel, wirkt kühl)	9
n Anzahl der Duschen	7
n 3-Bett-Zimmer	5
n Toilettenzahl/WC allgemein	5
n zu wenig Privatsphäre	4
n Zustand der sanitären Anlagen (Schimmel in Dusche/Verstopfung der Dusche/Dusche defekt)	4
n zu wenig Telefone/Telefone defekt	3
n Die Bauarbeiten/unvermeidlicher Lärm durch Bauarbeiten	3
n Keine Cafeteria	2
n Mangelnde Sauberkeit	2
n Kein separater Aufenthaltsraum/Fernsehraum	2
n Kein Fernseher auf dem Zimmer	1
n Keine Möglichkeit, kleinere Einkäufe zu tätigen (Bsp.: aktuelle Tageszeitungen)	1
n Der Fahrstuhl	1
n Waschmaschine defekt	1
n Bilder auf Station sind schrecklich	1
n Bei Hitze schlechte Luft in Zimmern	1
n Ergotherapieaum zu klein	1

*Anmerkungen*

**Nennungen insgesamt**

**9 (11)**

n Ausstattung der Station könnte verbessert werden und Wohnlicher gemacht werden.	1
n Ergotherapieaum zu klein und schlecht ausgestattet.	1
n Einen Kaffeeautomaten mitten in die Klinik aufstellen.	1
n Nur ein Telefon innerhalb der Klinik ist zu wenig.	1
n Wunsch nach 2-Bett-Zimmer im gesamten Klinikum	1
n Es fehlen Räume zum zurückziehen der Patienten, die rauchen.	1
n Die Außenanlagen sind sehr ungepflegt. Sitzgelegenheiten (Bänke) sind in sehr schlechtem Zustand.	1
n Ruheraum einrichten	1
n Ein Besucherraum schaffen	1
n Waschmaschine defekt	1
n Die Station braucht eine Renovierung, ein Musikinstrument, der Ergotherapieaum muss mehr Platz haben und größere Möglichkeiten bieten, um nachmittags etwas basteln zu können!	1



## Essen

*Am besten gefallen*

**Nennungen insgesamt** 16 (16)

n Das Essen 15

n Die Küche war super 1

*Am wenigsten gefallen*

**Nennungen insgesamt** 10 (10)

n Das Essen 1

n Das Abendessen 1

n zu wenig Essen 1

n Das schlechte Essen 1

n Portionsgröße der Mahlzeiten 1

n Eingeschränkte Essenszeiten 1

n Essen wurde angekreuzt und kam nicht so wie bestellt. 1

n Die Küche! Andauernd nicht richtig geliefertes Essen. 1

n Das der Chefkoch im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten keine Idee hat. 1

n Essen, weil ich als Moslem keine große Auswahl habe. 1

*Anmerkungen*

**Nennungen insgesamt** 0 (0)

## Anhang II

### A: Erhebungsmaterial der Studie II: Fragen für das Patienteninterview

#### *Leitfragen:*

1. Wie stellen Sie sich die Behandlung insgesamt idealerweise vor, damit Sie voll und ganz zufrieden wären?
2. Mit welchen Erwartungen sind Sie hierher gekommen?/ Was hätten Sie sich gewünscht?
3. Was gefällt Ihnen auf dieser Station besonders?/ Welche Aspekte dieser Station entsprechen Ihren Erwartungen?
4. Was gefällt Ihnen nicht?/ Welche Aspekte dieser Station entsprechen Ihren Erwartungen nicht?
5. Was sollte aus Ihrer Sicht verbessert werden?/ Was fehlt Ihnen?
6. Was hat Ihnen in der Klinik bislang geholfen?
7. Wenn Sie an Ihren Aufnahmetag zurückdenken, was hat Ihnen besonders gut gefallen?
8. Was hätten Sie idealerweise erwartet?

#### *Spezielle Fragen:*

9. Wie sollte Ihrer Meinung nach ein Tagesablauf eines Patienten aussehen?
10. Inwieweit sollten Sie selbst eine Einflussmöglichkeit auf die Behandlung, z.B. Tagesablauf, Therapieangebot, medikamentöse Behandlung, haben?
11. Wie sollte das Angebot an sozialen und sportlichen Aktivitäten sein, damit Sie voll und ganz zufrieden wären?
12. Wie sollten Ihrer Meinung nach die Räumlichkeiten, z.B. Patientenzimmer, Gemeinschaftsräume usw., aufgebaut und ausgestattet sein, damit Sie sich wohl fühlen?
13. Wie stellen Sie sich das Verhalten des Pflegepersonals idealerweise vor, damit Sie zufrieden wären?
14. Wie stellen Sie sich das Verhalten der Ärzte/ Therapeuten idealerweise vor, damit Sie zufrieden wären?

*Abschlussfragen:*

- 15.** Wenn Sie an den gestrigen Tag denken, was fanden Sie besonders gut?
- 16.** Was hat Ihnen nicht gefallen?
- 17.** Was erwarten Sie sich vom morgigen Tag?

## B: Auswertung und Kategorisierung des Patienteninterviews

<b>Frage 1: Wie stellen Sie sich die Behandlung insgesamt idealerweise vor, damit Sie voll und ganz zufrieden wären?</b>	
Fall1	Gespräche, Sport, Freizeit, Privatsphäre, freiwillige Teilnahme
Fall2	Mehr Behandlung/Gespräche als bei ambulanten Therapie, Ansprechpartner, Austausch mit Mitpatienten, da diese besseres Verständnis für die eigene Situation haben, Sport; Gemeinsamer Sport erzeugt ein Sicherheitsgefühl, Individuelles Eingehen auf Probleme, Zwei Ärzte für Rücksprachen, Pflegepersonal, Zusammenspiel zwischen Therapeuten und Ärzten
Fall3	Einzeltherapie, Problemorientierte Therapie, wohlfühlen; Aufeinander zugehen von Pflegepersonal und Patienten
Fall4	Viel Gesprächsmöglichkeit; Zusammenarbeit; Vertrauen; Schweigepflicht wahren; Offenheit, Ehrlichkeit; Konstruktive Kritik; Gruppentherapie mit geringer Patientenzahl; Gegenseitiger Respekt; Realitätsbezogene Therapie
Fall5	Dem Alltag entfliehen; Erlernen eines Umganges mit der eigenen Krankheit; Umsetzen des Erlernten zu Hause
Fall6	Einzel- und Gruppengespräche; Heilung durch Ärzte und Pflegeteam;
Fall7	Ziele verwirklichen; Alltagsbewältigung erlernen; Lebensfreude wiedererlangen; Zukunftsperspektiven erhalten
Fall8	Ehrlichkeit, Offenheit; Ausgewogenes, individuelles Therapieprogramm
Fall9	
Fall10	Einzelgespräche; Sport; Gruppengespräche
Fall11	Lernen, sich selbst zu mögen; Zufriedener mit Aussehen werden; Ernährungsberatung
Fall12	
Fall13	Einzelgespräche; Gruppentherapie mit geringen Stress; Selbstständigkeit fördern; Forum zwecks gegenseitigem Austausch
Fall14	Konzentrationsstärkung; Ausbau der Kommunikationsfähigkeit; Standhaftigkeit erlernen
Fall15	Problembewältigung; Individuelle Behandlung
Fall16	Bezugsperson, mit der man reden, der man vertraut; Problembewältigung; Festes Programm; Veränderung spüren; Halt bekommen; Selbstwertgefühl entwickeln
Fall17	Problemlösung; Unterstützung von Ärzten und Pflegern; Ansprechpartner; Informationen über Stations- und Therapieabläufe
Fall18	Sport; Einzeltherapie, Gruppentherapie; Möglichkeit zum Reden
Fall19	Anregungen für Gedankengänge und für Tagesablauf
Fall20	Volles Tagesprogramm, zu Beginn Frühstück; Tagesplan zur Orientierung; Eingewöhnungszeit in Tagesablauf; Erlernte Dinge sich merken und zu Hause weiterführen; Bewegung; Thai Chi
Fall21	Problembewältigung; Keine Hemmungen bei Probleme anzusprechen
Fall22	Keine Vorstellung; Hilfe bekommen, gesunden durch Gespräche
Fall23	Gesunden; Bessere Integration zu Hause
Fall24	Hilfreiches Konzept; Sport; Gespräche
Fall25	Stärkeres, individuelleres Eingehen des Pflegepersonals
Fall26	Einzelgespräche, Gruppengespräche, Sport
Fall27	Nicht nur Gespräche, Konfrontation mit Problemen; Zusätzlicher Betreuer außerhalb Therapie
Fall28	Gruppengespräche; Einzelgespräche
Fall29	Einzelgespräche, Gruppengespräche, Eingehen auf Probleme, Zusammenhang der Therapieangebote, Absprache unter den Therapeuten
Fall30	Sport zur Ablenkung; Intensivere Gespräche; flexible Gesprächszeitenteilung, individuelle Entscheidung über Abweichen des Tagesplanes

Frage 1: Wie stellen Sie sich die Behandlung insgesamt idealerweise vor, damit Sie voll und ganz zufrieden wären?	Einzelnennungen	Nennungen insgesamt
<b>Therapieangebot</b>		23
Gespräche		23
Einzelgespräche	6	
Gruppengespräche	5	
Gespräche/Mehr Gespräche als bei ambulanten Therapie/Viel Gesprächsmöglichkeit/ Möglichkeit zum Reden/intensive Gespräche	5	
Ansprechpartner	2	
Zwei Ärzte für Rücksprachen/Bezugsperson, mit der man reden	2	
Gesunden durch Gespräche	1	
Nicht nur Gespräche	1	
Flexible Gesprächszeiten	1	
<b>Mitpatienten</b>		2
Austausch mit Mitpatienten/ Forum zwecks gegenseitigem Austausch	2	
<b>Sport</b>		9
Sport	6	
Gemeinsamer Sport erzeugt Sicherheitsgefühl	1	
Bewegung	1	
Thai Chi	1	
<b>Privatsphäre</b>		2
Privatsphäre	1	
Schweigepflicht wahren	1	
<b>Therapieziele</b>		21
Ziele verwirklichen	2	
Alltagsbewältigung erlernen	1	
Lebensfreude wiedererlangen	1	
Lernen, sich selbst zu mögen	1	
Zufriedener mit Aussehen werden	1	
wohl fühlen	1	
Erlernen eines Umganges mit der eigenen Krankheit	1	
Veränderung spüren	1	
Zukunftsperspektiven erhalten	1	
Konzentrationsstärkung	1	
Ausbau der Kommunikationsfähigkeit	1	
Standhaftigkeit erlernen	1	
Selbstwertgefühl entwickeln	1	
Anregungen für Gedankengänge und für Tagesablauf	1	
Dem Alltag entfliehen	1	
<b>Heilung</b>		2
Gesunden	1	
Heilung durch Ärzte und Pflgeteam	1	
<b>Integration</b>		3
Bessere Integration zu Hause	1	
Umsetzen des Erlernten zu Hause	1	
Erlernte Dinge sich merken und zu Hause weiterführen	1	
<b>Ehrlichkeit/Offenheit/Vertrauen</b>		6
Ehrlichkeit	2	
Offenheit	2	
Vertrauen/Bezugsperson, der man vertraut	2	
<b>Zusammenarbeit</b>		6
Zusammenspiel zwischen Therapeuten und Ärzten	2	
Zusammenarbeit	1	
Aufeinander zugehen von Pflegepersonal und Patienten	1	
Gegenseitiger Respekt	1	
Zusammenhang der Therapieangebote	1	

<b>Therapieprogramm</b>		25
Ausgewogenes, individuelles Therapieprogramm/ Individuelles Eingehen auf Probleme/individuelles Therapieprogramm/ Individuelle Behandlung/Individuelle Entscheidung über Abweichen des Tagesplans	6	
Gruppentherapie mit geringen Stress/ Gruppentherapie mit geringer Patientenanzahl/ Gruppentherapie	3	
Problembewältigung	3	
Problemlösung/Keine Hemmungen bei Probleme anzusprechen/ Problemorientierte Therapie	3	
Einzeltherapie	2	
Tagesplan zur Orientierung/ Festes Programm	2	
Selbstständigkeit fördern	1	
Realitätsbezogene Therapie	1	
Volles Tagesprogramm, zu Beginn Frühstück	1	
Ernährungsberatung	1	
Mehr Behandlung als bei ambulanter Therapie	1	
Konfrontation mit Problemen	1	
<b>Unterstützung</b>		5
Unterstützung von Ärzten und Pflegern	1	
Halt bekommen	1	
Hilfe bekommen	1	
Informationen über Stations- und Therapieabläufe	1	
Zusätzlicher Betreuer außerhalb Therapie	1	
<b>Freizeit</b>		2
Freizeit	1	
freiwillige Teilnahme	1	
<b>Pflegepersonal</b>		3
Pflegepersonal	1	
Konstruktive Kritik	1	
Stärkeres, individuelleres Eingehen des Pflegepersonals	1	
<b>Eingewöhnung</b>		1
Eingewöhnungszeit in Tagesablauf	1	

Frage 2: Mit welchen Erwartungen sind Sie hierher gekommen?/ Was hätten Sie sich gewünscht?	
Fall1	Abstand von zu Hause; Besserung der eigenen Situation
Fall2	Immer wieder neue Erkrankungsfälle führen zu besserem Handeln der Ärzte; Austausch zwischen Ärzten verschiedener Fachrichtungen und Stationen
Fall3	Sich fallen lassen
Fall4	Nächte nicht in Klinik zu verbringen und normales Leben weiterführen; Klinik als Fluchtort; Praxisbezogene Therapie
Fall5	Herzliche Aufnahme durch Mitpatienten; Ablenkung durch Teilnahme am Sportprogramm; Hilfsbereitschaft und Verständnis von Ärzten/Pflegepersonal
Fall6	An sich selbst arbeiten; Kontakt zu Mitpatienten; Einleben in das Stationsklima; Kurze und intensive Therapie
Fall7	Motivation erhalten, Selbstständigkeit erlangen
Fall8	Mehr Therapie zu Beginn
Fall9	Nach Therapie wieder positiv denken, am Leben wieder teilnehmen; Gründe für derzeitigen Zustand herausfinden
Fall10	Gesund entlassen zu werden
Fall11	Einzelzimmer
Fall12	Problembewältigung zwecks Lebenssituationsverbesserung; Selbstbewusstsein erlangen
Fall13	Therapeut, wie bei Vorgespräch
Fall14	Das Tief überwinden; Lebenshilfe erhalten
Fall15	Wiedererlangung der Lebensfreude; Wiedererlangung des Realitätsbewusstseins
Fall16	Sicherheit; Am Leben wieder teilnehmen
Fall17	Ernst nehmen der Probleme und Problemlösung; Gesund werden, Erlernen eines besseren Umgangs mit der eigenen Krankheit
Fall18	Erwartung, dass sich jemand kümmert; Ziel bekommen und vor Augen behalten; Therapie als Wegweiser; Nicht in Lethargie verfallen
Fall19	Überraschen lassen, was auf einen zukommt; Selbsterwartungen; Erlernen eines geregelten Tagesablaufes; Keine Hemmungen, Probleme anzusprechen; Bemühen der Therapeuten um Patienten
Fall20	Vermittlung von Normalität; Normalität zu Hause umsetzen; Neuerlernen eines Tagesablaufes
Fall21	Hilfe und Verständnis erhalten;
Fall22	Gesunden
Fall23	Verschwinden der Platzangst
Fall24	Problembewältigung; Mit Krankheit umzugehen; Studium weiterführen; Unter Menschen gehen können; Stärkung des Selbstbewusstseins
Fall25	Zwangfrei weiterleben; Therapieerfolg; Erhalt eines Feedback; Selbsteinschätzung erlernen
Fall26	Problemverbesserung
Fall27	Leben nach Therapie nicht mehr eingeschränkt; Hoffnung auf verständnisvolle Therapeuten gehabt;
Fall28	Hilfe bei Problemen; Angst, was einen erwartet
Fall29	Symptome bekämpfen, Normales Leben wieder leben
Fall30	Problemlösung;

Frage 2: Mit welchen Erwartungen sind Sie hierher gekommen?/ Was hätten Sie sich gewünscht?	Einzelnennungen	Nennungen insgesamt
<b>Ärzte/Therapeuten</b>		6
Immer wieder neue Erkrankungsfälle führen zu besserem Handeln der Ärzte	1	
Austausch zwischen Ärzten verschiedener Fachrichtungen und Stationen	1	
Hilfsbereitschaft und Verständnis von Ärzten	1	
Therapeut, wie bei Vorgespräch	1	
Bemühen der Therapeuten um Patienten	1	
Hoffnung auf verständnisvolle Therapeuten gehabt	1	
<b>Pflegepersonal</b>		1
Hilfsbereitschaft und Verständnis vom Pflegepersonal	1	
<b>Therapieangebot</b>		6
Mehr Therapie zu Beginn	1	
Praxisbezogene Therapie	1	
Nächte nicht in Klinik zu verbringen und normales Leben weiterführen	1	
Kurze und intensive Therapie	1	
Therapie als Wegweiser	1	
Ablenkung durch Teilnahme am Sportprogramm	1	
<b>Mitpatienten</b>		2
Herzliche Aufnahme durch Mitpatienten	1	
Kontakt zu Mitpatienten	1	
<b>Gesunden</b>		4
Gesund entlassen zu werden	1	
Gesund werden	1	
Gesunden	1	
Normalität zu Hause umsetzen	1	
<b>Klinik</b>		2
Abstand von zu Hause	1	
Klinik als Fluchort	1	
<b>Zimmer</b>		1
Einzelzimmer	1	
<b>Therapieziele</b>		40
<b>Lebensänderung</b>		20
Nach 22 Uhr Station abgeschlossen/Um 22 Uhr Station abgeschlossen	2	
Neuerlernen eines Tagesablaufes/ Erlernen eines geregelten Tagesablaufes	2	
Erlernen eines besseren Umgangs mit der eigenen Krankheit/Mit Krankheit umzugehen	2	
Besserung der eigenen Situation	1	
Nach Therapie wieder positiv denken	1	
Am Leben wieder teilnehmen	1	
Lebenshilfe erhalten	1	
Problembewältigung zwecks Lebenssituationsverbesserung	1	
Wiedererlangung der Lebensfreude	1	
Wiedererlangung des Realitätsbewusstseins	1	
Motivation erhalten	1	
Das Tief überwinden	1	
Studium weiterführen	1	
Unter Menschen gehen können	1	
Zwangfrei weiterleben	1	
Leben nach Therapie nicht mehr eingeschränkt	1	
Normales Leben wieder leben	1	
<b>Selbstständigkeit/Selbstbewusstsein</b>		6
Selbstbewusstsein erlangen	1	
Selbstständigkeit erlangen	1	
An sich selbst arbeiten	1	
Stärkung des Selbstbewusstseins	1	
Erhalt eines Feedback	1	
Selbsteinschätzung erlernen	1	



<b>Problembewältigung</b>		14
Problemlösung	2	
Hilfe bei Problemen/ Hilfe und Verständnis erhalten	2	
Gründe für derzeitigen Zustand herausfinden	1	
Ernst nehmen der Probleme	1	
Keine Hemmungen, Probleme anzusprechen	1	
Vermittlung von Normalität	1	
Erwartung, dass sich jemand kümmert	1	
Ziel bekommen und vor Augen behalten	1	
Verschwinden der Platzangst	1	
Problembewältigung	1	
Problemverbesserung	1	
Symptome bekämpfen	1	
<b>Sonstiges</b>		8
Einleben in das Stationsklima	1	
Sich fallen lassen	1	
Sicherheit	1	
Nicht in Lethargie verfallen	1	
Überraschen lassen, was auf einen zukommt	1	
Selbsterwartungen	1	
Therapieerfolg	1	
Angst, was einen erwartet	1	

Frage 3: Was gefällt Ihnen auf dieser Station besonders?/Was hätten Sie sich gewünscht?	
Fall1	Zimmer
Fall2	Alles auf sich zukommen lassen; Klavier; Essen; Zusammensitzen in Kleingruppen bei Mahlzeiten; Zimmer; Keine Krankenhausatmosphäre; Kontakt zu Mitpatienten;
Fall3	
Fall4	Freie Bedienung in Küche; Boxsack;
Fall5	Rückzugmöglichkeiten; Individueller Tagesablauf; Geringe Anzahl von Mitpatienten ist besser; Freier Ausgang; DVD/Video ansehen; Keine Krankenhausatmosphäre; Zu Beginn nicht viel Programm, dadurch Möglichkeit und Zeit, sich einzufinden; Guter Kontakt zu Mitpatienten;
Fall6	Kein Tablettensystem; Keine Krankenhausatmosphäre
Fall7	Keine Krankenhausbetten; Häusliche Atmosphäre durch Teppichboden; Klavier; Keine Distanz zwischen Ärzten/Therapeuten und Patienten
Fall8	Offenheit unter Mitpatienten; Sport
Fall9	Küche auf Station
Fall10	Eigenes Zimmer; Verständnisvoller Therapeut; Persönliche Atmosphäre durch geringe Patientenanzahl;
Fall11	Malzimmer; Klavier; Spazieren gehen; Stationsklima
Fall12	Gleichaltrige Mitpatienten
Fall13	Einzeltherapie, Bezugspflege
Fall14	Gutes Verhalten der Mitpatienten; Essen; Zimmer schön
Fall15	Therapieangebot nach Altersgruppen unterteilt; Pfleger nett;
Fall16	Nicht bedrängt worden zu sein; Einfindungszeit; Nicht allein gewesen; Annehmen von Problemen
Fall17	Offenheit unter Mitpatienten; Ehrlichkeit der Mitpatienten; In Küche Obstschale zum freien Bedienen
Fall18	Sport; Strukturierter Tagesablauf;
Fall19	Kein Zwang
Fall20	Alleine im Privatzimmer zu sein; Wohnsituation schön; Küche zum Treffen und gegenseitigem Informationsaustausch
Fall21	Gutes Essen mit großer Auswahl;
Fall22	Freizeit zwischen dem Therapieprogramm; Freier Ausgang; Personal nett
Fall23	
Fall24	Mitpatienten einer Altersklasse; Gemeinschaftsarbeit
Fall25	Gefordert werden
Fall26	Gemeinsame Mahlzeiten; Fernsehraum; In Freizeit Stadtgang; Kein Zwang
Fall27	Nichts entspricht Erwartungen
Fall28	Bewegungstherapie; Frühsport
Fall29	Freier Zugang zur Küche, abends fernsehen, Durch Teppichboden wohnlichere Atmosphäre
Fall30	Ausstattung der Zimmer; Ansprechpartner, Sport, Gleichaltrige Patienten

Frage 3: Was gefällt Ihnen auf dieser Station besonders?/Was hätten Sie sich gewünscht?	Einzelnennungen	Nennungen insgesamt
<b>Räumlichkeiten</b>		27
<i>Patientenzimmer/Andere Räume</i>		8
Zimmer	2	
Zimmer schön	1	
Eigenes Zimmer	1	
Alleine im Privatzimmer zu sein	1	
Malzimmer	1	
Wohnsituation schön	1	
Fernsehraum	1	
<b>Ausstattung</b>		6
Klavier	3	
DVD/Video ansehen	1	
Boxsack	1	
Ausstattung der Zimmer	1	
<b>Küche</b>		5
Freie Bedienung in Küche/ In Küche Obstschale zum freien Bedienen/Freier Zugang zur Küche	3	
Küche auf Station	1	
Küche zum Treffen und gegenseitigem Informationsaustausch	1	
<b>Atmosphäre</b>		8
Keine Krankenhausatmosphäre	3	
Kein Tablettssystem	1	
Keine Krankenhausbetten	1	
Häusliche Atmosphäre durch Teppichboden	2	
Stationsklima	1	
<b>Einfindungszeit/Freizeit</b>		6
Zu Beginn nicht viel Programm, dadurch Möglichkeit und Zeit, sich einzufinden	1	
Einfindungszeit	1	
Freizeit zwischen dem Therapieprogramm	1	
Rückzugmöglichkeiten	1	
In Freizeit Stadtgang	1	
Abends fernsehen	1	
<b>Mitpatienten</b>		15
Gleichaltrige Mitpatienten/ Mitpatienten einer Altersklasse	3	
Offenheit unter Mitpatienten	2	
Guter Kontakt zu Mitpatienten/ Kontakt zu Mitpatienten	2	
Geringe Anzahl von Mitpatienten ist besser/Persönliche Atmosphäre durch geringe Patientenanzahl		
Zusammensitzen in Kleingruppen bei Mahlzeiten/ Gemeinsame Mahlzeiten	2	
Gutes Verhalten der Mitpatienten	2	
Ehrlichkeit der Mitpatienten	1	
Nicht allein gewesen	1	
Gemeinschaftsarbeit	1	
<b>Pflegepersonal</b>		4
Pfleger nett/ Personal nett	2	
Bezugspflege	1	
Ansprechpartner	1	
<b>Ärzte/Therapeuten</b>		2
Verständnisvoller Therapeut	1	
Keine Distanz zwischen Ärzten/Therapeuten und Patienten	1	
<b>Freiraum</b>		3
Kein Zwang	2	
Nicht bedrängt worden zu sein	1	

<b>Therapieangebot</b>		10
Sport	3	
Einzeltherapie	1	
Strukturierter Tagesablauf	1	
Annehmen von Problemen	1	
Individueller Tagesablauf	1	
Therapieangebot nach Altersgruppen unterteilt	1	
Bewegungstherapie	1	
Frühsport	1	
<b>Essen</b>		3
Essen	2	
Gutes Essen mit großer Auswahl	1	
<b>Sonstiges</b>		3
Alles auf sich zukommen lassen	1	
Gefordert werden	1	
Nichts entspricht Erwartungen	1	

<b>Frage 4: Was gefällt Ihnen nicht?/Welche Aspekte dieser Station entsprechen Ihren Erwartungen nicht?</b>	
Fall1	Ab 22Uhr Zimmer/Räume abgeschlossen;
Fall2	Auf den Zimmern nicht essen zu dürfen; Keine Handys innerhalb der Klinik benutzen zu dürfen; Stationstelefon zu offen
Fall3	Mehrbettzimmer; Gemeinschaftsausflüge ein „Muss“; Alleingelassen zu fühlen;
Fall4	Schwierigkeiten mit Pflegepersonal wegen An- und Abmeldung; Übertriebene Kritik des Pflegepersonal; Teilnahme einer Pflegeperson an Mahlzeiten
Fall5	Bessere wäre eine stärkere Hotelatmosphäre; An- und Abmeldung lästig;
Fall6	Kein TV-Gerät in Patientenzimmern;
Fall7	Stationsflur heller
Fall8	
Fall9	Krankenhausatmosphäre; Mehr Farbe im Zimmer; Ungemütliche Zimmer; Kein Telefon auf Zimmer; Keine Lebensmittel auf Patientenzimmer
Fall10	Ab 22 Uhr Türen verschlossen; Keine Zimmerschlüssel; Kein Telefon auf Zimmer; Zu wenig sanitäre Anlagen; Zu geringe Freizeitmöglichkeiten;
Fall11	
Fall12	Zimmer ungemütlich
Fall13	
Fall14	Langeweile und wenig Ablenkung zu Beginn der Therapie; Früherer Einstieg in Therapie;
Fall15	
Fall16	Demotivierende Mitpatienten; Gestaltungsraum nicht schön; Keine Mal-/Kunsttherapie
Fall17	Flur wirkt klinisch; Betten zu klein, durch ungünstige Stellung wenig Freiraum; Unisex-Toiletten; Bessere Informationsweiterleitung
Fall18	Ab 22 Uhr Türen verschlossen
Fall19	Durchgreifen bei manchen Patienten notwendig; Aufstellen von Regeln wichtig und gut, aber teilweise auch lästig; Pflegepersonal soll Richtlinien geben, wann Therapiebeginn und wann –ende ist
Fall20	Personal kühl und abweisend; Problembesprechung mit manchem Personal schwierig; Beobachtungsgefühl; Personal penibel; Angebote am Wochenende; Distanziertes Pflegepersonal; Hierarchieaufstellung durch Pflegepersonal; Fehlende Informationen über den eigenen Körperzustand;
Fall21	
Fall22	
Fall23	Ab 22 Uhr Station geschlossen;
Fall24	Angebot von Ergotherapie
Fall25	An- und Abmelden
Fall26	Einzelzimmer
Fall27	Zimmer klein; Therapeuten als Mensch egal; Keine Einzelzimmer; Schlechtes Sportprogramm
Fall28	Allein im Zimmer
Fall29	Keine Getränke und kein Essen auf den Zimmern, Kein Fernsehen nachmittags, Starker lärm durch Renovierungsarbeiten, Keine Renovierung der Badezimmer, Beim Aufnahmetag sehr häufig das selbe gefragt
Fall30	Beschränkte Ausgangszeiten, ein Telefon auf Station, beschränkte Telefonzeiten, Bei Videoabenden Vorschriften der Filmauswahl, Strikte Vorgabe des Tagesprogramms

Frage 4: Was gefällt Ihnen nicht?/Welche Aspekte dieser Station entsprechen Ihren Erwartungen nicht?	Einzelnennungen	Nennungen insgesamt
<b>Ausgang</b>		5
Ab 22 Uhr Türen verschlossen	3	
Ab 22Uhr Zimmer/Räume abgeschlossen	1	
Ab 22 Uhr Station geschlossen	1	
<b>Pflegepersonal</b>		15
Schwierigkeiten mit Pflegepersonal wegen An- und Abmeldung/		
An- und Abmeldung lästig	3	
Übertriebene Kritik des Pflegepersonal	1	
Teilnahme einer Pflegeperson an Mahlzeiten	1	
Personal kühl und abweisend	1	
Durchgreifen bei manchen Patienten notwendig	1	
Aufstellen von Regeln wichtig und gut, aber teilweise auch lästig	1	
Pflegepersonal soll Richtlinien geben, wann Therapiebeginn und wann –ende ist	1	
Problemsprechung mit manchem Personal schwierig	1	
Beobachtungsgefühl	1	
Personal penibel	1	
Bessere Informationsweiterleitung	1	
Distanziertes Pflegepersonal	1	
Hierarchieaufstellung durch Pflegepersonal	1	
<b>Ärzte/Therapeuten</b>		1
Therapeuten als Mensch egal	1	
<b>Atmosphäre</b>		2
Bessere wäre eine stärkere Hotelatmosphäre	1	
Krankenhausatmosphäre	1	
<b>Räumlichkeiten</b>		23
<b>Flur</b>		1
Stationsflur heller	1	
<b>Sanitäre Anlagen</b>		3
Zu wenig sanitäre Anlagen	1	
Unisex-Toiletten	1	
Renovierung der Badezimmer	1	
<b>Patientenzimmer/Andere Räume</b>		17
Auf den Zimmern nicht essen zu dürfen/ Keine Lebensmittel auf Patientenzimmer	3	
Kein Telefon auf Zimmer	2	
Zimmer ungemütlich	2	
Keine Einzelzimmer/Einzelzimmer	2	
Mehr Farbe im Zimmer	1	
Mehrbettzimmer	1	
Kein TV-Gerät in Patientenzimmern	1	
Keine Zimmerschlüssel	1	
Betten zu klein	1	
Durch ungünstige Stellung der Betten wenig Freiraum	1	
Gestaltungsraum nicht schön	1	
Zimmer klein	1	
<b>Telefon</b>		4
Keine Handys innerhalb der Klinik benutzen zu dürfen	1	
Stationstelefon zu offen	1	
Ein Telefon auf Station	1	
Beschränkte Telefonzeiten	1	

<b>Therapieangebot</b>		11
Langeweile und wenig Ablenkung zu Beginn der Therapie	1	
Früherer Einstieg in Therapie	1	
Zu geringe Freizeitmöglichkeiten	1	
Angebote am Wochenende	1	
Gemeinschaftsausflüge ein „Muss“	1	
Keine Mal-/Kunsttherapie	1	
Fehlende Informationen über den eigenen Körperzustand	1	
Angebot von Ergotherapie	1	
Schlechtes Sportprogramm	1	
Bei Videoabenden Vorschriften über Filmauswahl	1	
Strikte Vorgabe des Tagesprogramms	1	
<b>Mitpatienten</b>		3
Demotivierende Mitpatienten	1	
Alleingelassen zu fühlen	1	
Allein im Zimmer	1	
<b>Freizeit</b>		1
Kein fernsehen nachmittags	1	
<b>Sonstiges</b>		2
Starker Lärm durch Renovierungsarbeiten	1	
Beim Aufnahmetag sehr häufig das selbe gefragt	1	

Frage 5: Was sollte aus Ihrer Sicht verbessert werden? Was fehlt Ihnen?	
Fall1	Mehr Duschmöglichkeiten;
Fall2	Bessere Abschirmung des Stationstelefons; Zimmer sollte man verändern dürfen; Schöner Bilder; Mehr Farbe; Computer;
Fall3	Pflege team soll auf Patienten zukommen; Mehr Abwechslung im Therapieprogramm;
Fall4	Auf Informationsweiterleitung achten; Keine Teilnahme einer Pflegeperson an Mahlzeiten; Gruppen- und Essensraum zwei Räume; Kreative Angebote
Fall5	Eigener TV im Patientenzimmer;
Fall6	Freundlichere, gemütlichere Einrichtung; TV-Gerät in Patientenzimmern; Sanitäre Anlagen in Patientenzimmern
Fall7	Patientenzimmer zu eng; Nur Zweibett-Zimmer; Geringere Patientenaufnahme;
Fall8	Besserer Kontakt zu Pflegepersonal; Nicht alleine in Patientenzimmer sein; Besser abgeschirmtes Patiententelefon;
Fall9	Mehr Farbe; Telefon auf Zimmer;
Fall10	Privatsphäre, Grundbedürfnisse abdecken; Keine Hotelatmosphäre;
Fall11	Mehr Bilder;
Fall12	Betten ungemütlich, keine gute Sitzgelegenheit; Tisch und Stühle unbequem; Bessere Ärzte;
Fall13	Vielseitigeres Sportprogramm; Einzelgespräche individueller; Terminvergabe flexibler
Fall14	Freierer Ausgang;
Fall15	
Fall16	Kunst- oder Maltherapie;
Fall17	Wände im Flur anders streichen; Andere Stühle im Flur; Dusche in Patientenzimmer; Entfernung der Kameras im Gruppenraum;
Fall18	Eigene Einstellung; Steigerung des Selbstwertgefühls; Ziel vor Augen
Fall19	
Fall20	Genügend Angebot zur Auswahl;
Fall21	
Fall22	Eigenes Bad; Eigenes Telefon;
Fall23	Längere Stationsöffnungen
Fall24	
Fall25	Ergotherapie
Fall26	Kein ständiges Nachfragen
Fall27	Größere Zimmer; Therapeuten nicht gleichgültig sein; Besseres Sportprogramm; Einzelzimmer
Fall28	
Fall29	Zusammenarbeit des Teams, Besseres Abmeldesystem
Fall30	Keine Telefonzeiten, Telefon auf Zimmer, Nicht so strikte Tagesprogrammvorgabe



Frage 5: Was sollte aus Ihrer Sicht verbessert werden?/ Was fehlt Ihnen?	Einzelnennungen	Nennungen insgesamt
<b>Pflegepersonal</b>		4
Pflegeteam soll auf Patienten zukommen	1	
Keine Teilnahme einer Pflegeperson an Mahlzeiten	1	
Auf Informationsweiterleitung achten	1	
Besserer Kontakt zu Pflegepersonal	1	
<b>Räumlichkeiten</b>		32
<b>Patientenzimmer/Andere Räume</b>		29
Dusche in Patientenzimmer /Eigenes Bad/Sanitäre Anlagen		
in Patientenzimmern/Mehr Duschköglichkeiten	4	
Telefon auf Zimmer/Eigenes Telefon	3	
Schönere Bilder/Mehr Bilder	2	
Patientenzimmer zu eng	2	
Eigener TV im Patientenzimmer/ TV-Gerät in		
Patientenzimmern	2	
Nur Zweibett-Zimmer	1	
Betten ungemütlich	1	
Betten keine gute Sitzgelegenheit	1	
Tisch und Stühle unbequem	1	
Mehr Farbe	1	
Wände im Flur anders streichen	1	
Freundlichere, gemütlichere Einrichtung	1	
Gruppen- und Essensraum zwei Räume	1	
Keine Hotelatmosphäre	1	
Andere Stühle im Flur	1	
Entfernung der Kameron im Gruppenraum	1	
Zimmer sollte man verändern dürfen	1	
Computer	1	
Privatsphäre	1	
Größere Zimmer	1	
Einzelzimmer	1	
<b>Stationstelefon</b>		3
Besser abgeschirmtes Patiententelefon/ Bessere		
Abschirmung des Stationstelefons	2	
Keine Telefonzeiten	1	
<b>Ärzte/Therapeuten</b>		3
Bessere Ärzte	1	
Therapeuten nicht gleichgültig sein	1	
Zusammenarbeit des Teams	1	
<b>Ausgang</b>		3
Freierer Ausgang	1	
Längere Stationsöffnungen	1	
Besseres Abmeldesystem	1	
<b>Therapieprogramm</b>		10
Genügend Angebot zur Auswahl	1	
Vielseitigeres Sportprogramm	1	
Einzelgespräche individueller	1	
Terminvergabe flexibler	1	
Mehr Abwechslung im Therapieprogramm	1	
Kunst- oder Maltherapie	1	
Kreative Angebote	1	
Ergotherapie	1	
Besseres Sportprogramm	1	
Nicht so strikte Tagesprogrammvorgabe	1	
<b>Therapieziele</b>		4
Eigene Einstellung	1	
Steigerung des Selbstwertgefühls	1	
Ziel vor Augen	1	
Grundbedürfnisse abdecken	1	
<b>Mitpatienten</b>		2
Geringere Patientenaufnahme	1	
Nicht alleine in Patientenzimmer sein	1	
Sonstiges		1
Keine ständigen Nachfragen	1	

Frage 6: Was hat Ihnen in der Klinik bislang geholfen?	
Fall1	Ruhe, Abstand; Gespräche mit Mitpatienten; Besseres Verständnis der Mitpatienten, da ähnliche Probleme, Erfahrungsaustausch
Fall2	Helligkeit in den Zimmern; Situationswechsel sehr hilfreich; Keine Verpflichtungen; Konzentration auf sich selbst;
Fall3	Öfters beim Arzt/bei Ärztin
Fall4	
Fall5	Problemaustausch untereinander
Fall6	Kontakte zu Mitpatienten
Fall7	Eigeninitiative und Wille für erfolgreiche Therapie
Fall8	Richtige Therapeutin
Fall9	
Fall10	
Fall11	
Fall12	
Fall13	Gespräche; Gesamter Klinikaufenthalt
Fall14	
Fall15	Gut aufgehoben zu sein, Sicherheit
Fall16	Gespräche; Nicht allein im Zimmer zu sein;
Fall17	Offene Mitpatienten, dadurch Integrationsmöglichkeit; Frühsport; Druck morgens aufzustehen und am Tagesgeschehen teilnehmen;
Fall18	Gute Abschirmung vom Alltag; Keine ständige Auseinandersetzung mit Problemen;
Fall19	Registrierung des persönlichen Abstieges; Mitpatienten stärkere Probleme; Bewusstseinerweckung für richtige Probleme;
Fall20	Teilnahme an Mahlzeiten;
Fall21	Problembewältigung; Großes und vielseitiges Angebot;
Fall22	
Fall23	In der Klinik zu sein
Fall24	Hilfreiche Einführung des Pflegepersonals; Mitpatient
Fall25	Zwang, etwas zu tun; Fortschritte; Mitpatienten; Nicht allein mit Problemen; Verständnis der Mitpatienten; Nicht Einzige mit Problemen
Fall26	Einzelgespräche
Fall27	
Fall28	
Fall29	Einweisung in das Stationsleben
Fall30	Mitpatienten; Erhalt von Hilfe

Frage 6: Was hat Ihnen in der Klinik bislang geholfen?	Einzelnennungen	Nennungen insgesamt
<b>Klinikaufenthalt</b>		12
Abstand	1	
Situationswechsel sehr hilfreich	1	
Konzentration auf sich selbst	1	
Gut aufgehoben zu sein	1	
Sicherheit	1	
Gute Abschirmung vom Alltag	1	
Keine ständige Auseinandersetzung mit Problemen	1	
Gesamter Klinikaufenthalt	1	
In der Klinik zu sein	1	
Registrierung des persönlichen Abstieges	1	
Ruhe	1	
Fortschritte	1	
<b>Ärzte/Therapeuten</b>		3
Öfters beim Arzt/bei Ärztin;	1	
Richtige Therapeutin	1	
Erhalt von Hilfe	1	
<b>Pflegepersonal</b>		2
Hilfreiche Einführung des Pflegepersonals	2	
<b>Mitpatienten</b>		14
Gespräche mit Mitpatienten/ Erfahrungsaustausch/ Problemaustausch untereinander	3	
Besseres Verständnis der Mitpatienten	3	
Mitpatienten, da ähnliche Probleme/ Verständnis der Mitpatienten	2	
Nicht allein mit Problemen/ Nicht Einzige mit Problemen	2	
Kontakte zu Mitpatienten	1	
Nicht allein im Zimmer zu sein	1	
Offene Mitpatienten, dadurch Integrationsmöglichkeit	1	
Mitpatienten stärkere Probleme Bewusstseinsweckung für richtige Probleme	1	
<b>Therapieangebot</b>		10
Gespräche/ Einzelgespräche	3	
Großes und vielseitiges Angebot	1	
Eigeninitiative und Wille für erfolgreiche Therapie	1	
Frühsport	1	
Problembewältigung	1	
Druck morgens aufzustehen und am Tagesgeschehen teilnehmen	1	
Keine Verpflichtungen	1	
Zwang, etwas zu tun	1	
<b>Essen</b>		1
Teilnahme an Mahlzeiten	1	
<b>Räumlichkeiten</b>		1
<b>Patientenzimmer</b>		1
Helligkeit in den Zimmern	1	

Frage 7: Wenn Sie an Ihren Aufnahmetag zurückdenken, was hat Ihnen besonders gut gefallen?	
Fall1	Nicht wie ein Kranker von Pflegepersonal behandelt; Pflegepersonal vermittelt Gefühl des gut aufgehoben seins
Fall2	Erwartung eher in gesamten Aufenthalt gesteckt; Froh über Zimmer mit sanitärer Anlage
Fall3	
Fall4	Räumlichkeiten gezeigt bekommen; Keine Wartezeit; Aufmerksame Nachtschwester
Fall5	Offene Mitpatienten;
Fall6	
Fall7	Freundlicher Empfang
Fall8	Reibungsloser, schneller Ablauf; Zeit bei Aufnahmegespräch;
Fall9	
Fall10	Nette Pfleger und Ärzte; Ausführliches Erstgespräch, Zeit nicht begrenzt gewesen
Fall11	Nette, freundliche Therapeuten;
Fall12	Pfleger freundlich
Fall13	Schrittweise Integration in Ablauf; Erstgespräch sehr gut; Zugehen des Pflegepersonals
Fall14	Zügiger Verlauf; Eingewöhnungszeit; Räumlichkeiten wurden einem gezeigt; Guter Empfang durch Mitpatienten
Fall15	Gute Aufklärung über Therapieverlauf; Einfühlvermögen des Aufnahmeleiters
Fall16	Sicherheit
Fall17	Räumlichkeiten wurden gezeigt; Das aufeinander zugehen von Seiten des Pflegepersonals und Vergabe eines Tagesablaufs
Fall18	
Fall19	Offene Mitpatienten; Integration durch Mitpatienten als normalen Menschen; Gleichberechtigung
Fall20	
Fall21	Erstgespräch
Fall22	
Fall23	Persönlicher Empfang
Fall24	Gesamtablauf; Begleitung bei Besichtigung der Räumlichkeiten;
Fall25	
Fall26	Langsamer Beginn; Eingewöhnungszeit
Fall27	
Fall28	Einweisung in Stationsablauf; Unterstützung durch Pflegepersonal
Fall29	Einführung des Pflegepersonals, Zeit und Ruhe, um sich zurechtzufinden
Fall30	Stationsführung zur Orientierung; Sofort Arztgespräch

Frage 7: Wenn Sie an Ihren Aufnahmetag zurückdenken, was hat Ihnen besonders gut gefallen?	Einzelnennungen	Nennungen insgesamt
<b>Pflegepersonal</b>		17
Begleitung bei Besichtigung der Räumlichkeiten		
Räumlichkeiten wurden gezeigt/ Räumlichkeiten gezeigt bekommen/		
Stationsführung zur Orientierung	5	
Aufeinanderzugehen des Pflegepersonals	2	
Nette Pfleger/ Pfleger freundlich	2	
Einweisung in Stationsablauf	2	
Nicht wie ein Kranker von Pflegepersonal behandelt	1	
Pflegepersonal vermittelt Gefühl des gut aufgehoben seins	1	
Aufmerksame Nachtschwester	1	
Vergabe eines Tagesablaufs durch das Pflegepersonal	1	
Persönlicher Empfang	1	
Unterstützung durch Pflegepersonal	1	
<b>Ärzte/Therapeuten</b>		4
Nette Ärzte /Nette, freundliche Therapeuten	2	
Einfühlvermögen des Aufnahmeleiters	1	
Sofort Arztgespräch	1	
<b>Aufnahme</b>		10
Ausführliches Erstgespräch/		
Erstgespräch sehr gut/		
Erstgespräch	3	
Reibungsloser, schneller Ablauf/ Zügiger Verlauf	2	
Zeit bei Aufnahmegespräch/Zeit nicht begrenzt gewesen	2	
Gute Aufklärung über Therapieverlauf	1	
Keine Wartezeit	1	
Gesamtablauf	1	
<b>Mitpatienten</b>		6
Offene Mitpatienten	2	
Freundlicher Empfang/Guter Empfang durch Mitpatienten	2	
Integration durch Mitpatienten als normalen Menschen	1	
Gleichberechtigung	1	
<b>Eingewöhnung</b>		5
Eingewöhnungszeit/ Zeit und Ruhe, sich einzufinden		
Schrittweise Integration in Ablauf/	3	
Langsamer Beginn	2	
<b>Therapieziel</b>		1
Erwartung eher in gesamten Aufenthalt gesteckt	1	
<b>Räumlichkeiten</b>		1
<b>Patientenzimmer</b>		1
Froh über Zimmer mit sanitärer Anlage	1	
<b>Atmosphäre</b>		1
Sicherheit	1	

Frage 8: Was hätten Sie idealerweise erwartet?	
Fall1	Stets Ansprechpartner vorhanden
Fall2	Froh über wenig Programm zu Therapiebeginn
Fall3	Bessere Unterstützung vom Pflorgeteam; Persönliche Vorstellung der Bezugsschwester
Fall4	
Fall5	
Fall6	Gleichzeitige Aufnahme von mehreren neuen Patienten; Leichtere Kontaktaufnahme mit Leuten, die selbe Ausgangssituation haben;
Fall7	
Fall8	
Fall9	
Fall10	
Fall11	
Fall12	Termine zu Beginn besser verteilen; Anstrengender Aufnahmeprozess; Orientierungslos;
Fall13	Medikamentenausgabe schlecht; Aufklärung durch Pflegepersonal bezüglich Therapieangebot
Fall14	
Fall15	
Fall16	
Fall17	Bekanntgabe des Wochenplanes
Fall18	Zuviel Freizeit; Durch Sport ständig in Bewegung
Fall19	Vom Personal mehr umsorgt werden
Fall20	Freundlicherer Empfang
Fall21	Stationsbesichtigung vor Erstgespräch
Fall22	
Fall23	
Fall24	
Fall25	Kein Hin- und Herschicken
Fall26	Mitpatienten nicht vorgestellt
Fall27	Zuviel Information zu Beginn; Stressig; Kaum Erholungszeit
Fall28	
Fall29	Neueres Bad im Patientenzimmer
Fall30	

Frage 8: Was hätten Sie idealerweise erwartet?	Einzelnennungen	Nennungen insgesamt
<b>Pflegepersonal</b>		6
Bessere Unterstützung vom Pflgeteam	1	
Persönliche Vorstellung der Bezugsschwester	1	
Medikamentenausgabe schlecht	1	
Aufklärung durch Pflegepersonal bezüglich Therapieangebot	1	
Stets Ansprechpartner vorhanden	1	
Vom Personal mehr umsorgt werden	1	
<b>Mitpatienten</b>		3
Gleichzeitige Aufnahme von mehreren neuen Patienten	1	
Leichtere Kontaktaufnahme mit Leuten, die selbe Ausgangssituation haben	1	
Mitpatienten nicht vorgestellt	1	
<b>Aufnahme</b>		9
Termine zu Beginn besser verteilen	1	
Anstrengender Aufnahmeprozess	1	
Orientierungslos	1	
Bekanntgabe des Wochenplanes	1	
Stationsbesichtigung vor Erstgespräch	1	
Freundlicherer Empfang	1	
Kein Hin- und Herschicken	1	
Zuviel Information zu Beginn	1	
Stressig	1	
<b>Freizeit</b>		2
Zuviel Freizeit	1	
Kaum Erholungszeit	1	
<b>Therapieprogramm</b>		2
Durch Sport ständig in Bewegung	1	
Froh über wenig Programm zu Therapiebeginn	1	
<b>Räumlichkeiten</b>		1
<b>Patientenzimmer</b>		
Neueres Bad im Patientenzimmer	1	1

Frage 9: Wie sollte Ihrer Meinung nach ein Tagesablauf aussehen?	
Fall1	Frühstück, Gymnastik, Bewegung, Freizeit
Fall2	2-3x pro Woche Therapie; Gruppentherapie; 3 Mahlzeiten; Sportangebot; 1x pro Woche Malt therapie; Musiktherapie
Fall3	Therapieangebote, bei denen man mehr über eigenes „Ich“ erfährt;
Fall4	Gemeinsame Mahlzeiten; Sport
Fall5	Sport; Aufgaben erhalten; Abwechslung
Fall6	Frühstück, Sport; Freizeit
Fall7	Therapie individuell auf einzelnen Patienten abgestimmt; Sport
Fall8	Abwechslungseiche Therapie, Mittelmaß zwischen Freizeit und Therapieverpflichtungen; Sinnvolle Freizeitgestaltung; Aufeinander zukommen von Seiten des Pflegepersonals
Fall9	Aktionen mit Mitpatienten; Mehr Gespräche
Fall10	Struktur zur eigenen Orientierung; Freie Meinungsäußerung
Fall11	Viel Sport; Unternehmungen mit Stationsgruppe
Fall12	Sport
Fall13	Keine Verallgemeinerung; Individueller Tagesablauf
Fall14	Sport; Fingerspitzengefühl erlernen; Konzentrationsübungen;
Fall15	Genügend Beschäftigung und Ablenkung von eigenen Problemen
Fall16	Gemeinsames Frühstück; Gegenseitiger Informationsaustausch; Kreative Angebote
Fall17	Derzeitiger Tagesplan gut; Bis 23 Uhr Ausgang; Freizeit zwischen Therapieangeboten
Fall18	Frühstück, Sport, Behandlung; Viel Sport; Aktivitäten außerhalb; Individuelles Programm
Fall19	Frühstück, Sport, Einzelgespräche, Mittagessen, Sport, Rollenspiele, Freizeit, Abendbrot, Ruhe
Fall20	Geregelte Essenszeiten, vielfältiges Therapieangebot; Zusätzliches freiwilliges Angebot; Freizeit; Stadtgang
Fall21	Strukturierter Tagesablauf
Fall22	Frühsport, Ruhepause, Mittagessen, Gespräche, Abendessen, Sport, Gespräche evtl. auch morgens
Fall23	Anwendungen, Freizeit; Eingewöhnungszeit
Fall24	Tagesstruktur; Aufteilung zwischen Therapie und Pausen;
Fall25	Therapieangebot/-elemente; Entspannung; Sport; Gemeinschaftliche Elemente
Fall26	Therapie und nicht zuviel Freizeit; Treffen mit Mitpatienten, Gemeinschaft
Fall27	Keine Anwesenheitspflicht bei den Mahlzeiten; Nicht so früh Frühstück; Kein Teilnahmewang
Fall28	Sport, Gruppentherapie, Einzelgespräche, gemeinsame Mahlzeiten
Fall29	Gemeinsame Mahlzeiten, mehr Aktivitäten mit der Gruppe, nicht soviel Freizeit, Gruppentherapie, Einzeltherapie, Sport
Fall30	Morgens Gespräch, Sport, Freizeit, nachmittags Therapieprogramm/-gespräche



Frage 9: Wie sollte Ihrer Meinung nach ein Tagesablauf aussehen?	Einzelnennungen	Nennungen insgesamt
<b>Essen</b>		17
Gemeinsames Frühstück/ Gemeinsame Mahlzeiten/Mahlzeiten	6	
Frühstück	4	
Mittagessen	2	
Abendbrot/ Abendessen	2	
Geregelte Essenszeiten	1	
Keine Anwesenheitspflicht bei den Mahlzeiten	1	
Nicht so früh Frühstück	1	
<b>Therapieangebot</b>		36
Mehr Gespräche/Gespräche/ Gespräche evtl. auch morgens/ Einzelgespräche	5	
Abwechslung/ vielfältiges Therapieangebot/ Abwechslungsreiche Therapie	3	
Struktur zur eigenen Orientierung/Strukturierter Tagesablauf/Tagesstruktur	3	
Individueller Tagesablauf/ Individuelles Programm	2	
Gruppentherapie	2	
Genügend Beschäftigung /Ablenkung von eigenen Problemen	2	
Behandlung/ Anwendungen	2	
Therapieangebote, bei denen man mehr über eigenes „Ich“ erfährt	1	
2-3x pro Woche Therapie	1	
1x pro Woche Maltherapie	1	
Musiktherapie	1	
Therapie individuell auf einzelnen Patienten abgestimmt	1	
Mittelmaß zwischen Freizeit und Therapieverpflichtungen	1	
Aufgaben erhalten	1	
Fingerspitzengefühl erlernen	1	
Konzentrationsübungen	1	
Kreative Angebote	1	
Derzeitiger Tagesplan gut	1	
Aktivitäten außerhalb	1	
Rollenspiele	1	
Zusätzliches freiwilliges Angebot	1	
Therapieangebot/-elemente	1	
Therapie und nicht zuviel Freizeit	1	
Kein Teilnahmewang	1	
<b>Sport</b>		19
Sport	13	
Viel Sport	2	
Frühsport	1	
Sportangebot	1	
Gymnastik	1	
Bewegung	1	
<b>Freizeit</b>		13
Freizeit	5	
Ruhe/Ruhepause	2	
Mittelmaß zwischen Freizeit und Therapieverpflichtungen	1	
Sinnvolle Freizeitgestaltung	1	
Freizeit zwischen Therapieangeboten	1	
Aufteilung zwischen Therapie und Pausen	1	
Entspannung	1	
Nicht soviel Freizeit	1	
<b>Pflegepersonal</b>		1
Aufeinander zukommen von Seiten des Pflegepersonals	1	
<b>Mitpatienten</b>		7
Aktionen mit Mitpatienten	1	
Unternehmungen mit Stationsgruppe	1	
Gegenseitiger Informationsaustausch	1	
Gemeinschaftliche Elemente	1	
Treffen mit Mitpatienten	1	
Gemeinschaft	1	
Mehr Aktivitäten mit der Gruppe	1	

<i>Meinungsäußerung</i>		1
Freie Meinungsäußerung	1	
<i>Individualität</i>		1
Keine Verallgemeinerung	1	
<b>Ausgang</b>		2
Bis 23 Uhr Ausgang	1	
Stadtgang	1	
<b>Eingewöhnung</b>		1
Eingewöhnungszeit	1	

<b>Frage 10: Inwieweit sollten Sie selbst eine Einflussmöglichkeit auf die Behandlung, z.B. Tagesablauf, Therapieangebot, medikamentöse Behandlung, haben?</b>	
Fall1	Meinungsäußerung wichtig; Rücksichtnahme Meinungen anderer in Bezug auf Medikamente sowie Therapieangebot; Kein Zwang;
Fall2	Freie Entscheidung in Bezug auf Medikamenteneinnahme gewähren; Kein Zwang; Ärzte haben in diesem Punkt aber die bessere Erfahrung; Patientenvorschläge respektieren; Erläuterung des Therapieverlaufes durch Ärzte; Einflussmöglichkeiten von Seiten der Patienten
Fall3	Mit Hilfe des Arztes Therapiekonzept entwickeln; Einfluss bei Medikamenteneinnahme;
Fall4	Absprachen treffen, Entwicklung eines Miteinanders
Fall5	Unzufriedenheit ausdrücken können
Fall6	Unzufriedenheit äußern können; Festgelegtes Therapieschema
Fall7	Aufklärung über Medikamente und freie Einnahmeentscheidung; Aufklärung über Therapiekonzept
Fall8	Absprachen treffen; Anhören der Probleme, gemeinsame Problembewältigung;
Fall9	
Fall10	Mitsprache bei Medikamenteneinnahme; Genügend Freizeit; Nicht zu wenig Therapie
Fall11	Offen sein für alles
Fall12	Mitspracherecht bei Medikamenteneinnahme; Mitspracherecht bei Tagesablauf und Therapieangebot
Fall13	Kompromissbereitschaft; Problemäußerung und Änderungen vornehmen
Fall14	Große Einflussmöglichkeit; Selbstnutzen der Therapie
Fall15	Durch besseres Fachwissen können Ärzte sinnvollere Entscheidungen bei Medikamenten treffen; Individuelle Gestaltung des Tagesablaufes und freiwillige Teilnahme;
Fall16	Meinungsäußerung bei Therapievorstellungen
Fall17	Einfluss; Individuelle Abstufung zwischen Tablettenabhängigen und Nichtabhängigen; Selbstentscheidung in Bezug auf Therapieplan
Fall18	Veränderung des eigenen Lebens; Aufträge, um sich selbst einzubringen; Druck von außen, um sich zu engagieren
Fall19	Sich überraschen lassen; Äußerung von Kritik
Fall20	Große Einflussmöglichkeit; Teilnahmemöglichkeit bei Therapieangeboten auf anderen Stationen; Individuelles Eingehen; Gefühl zu haben, persönlich wahrgenommen zu werden
Fall21	Einflussmöglichkeit;
Fall22	Mitspracherecht; Freie Auswahl bei Therapie
Fall23	Einfluss auf medikamentöse Gespräche mit Personal Behandlung; Ebenso Wochenendgestaltung
Fall24	Einflussnahme gut und wichtig; Gespräche mit Pflegepersonal und Mitpatienten
Fall25	Gute Einflussnahme; Steigerung der Einflussnahme; Individuelle Absprachen
Fall26	Ausprobieren von Therapieangeboten; Dienste abschaffen
Fall27	Auf alles Einflussnahme; Alles mitentscheiden
Fall28	Entscheidung der Ärzten;
Fall29	Möglichkeit der Mitentscheidung
Fall30	Individuelle Therapieprogrammteilnahme, Meinungsäußerung

Frage 10: Inwieweit sollten Sie selbst eine Einflussmöglichkeit auf die Behandlung, z.B. Tagesablauf, Therapieangebot, medikamentöse Behandlung, haben?	Einzelnennungen	Nennungen insgesamt
<b>Einflussnahme</b>		32
<i>Meinungsäußerung</i>		4
Meinungsäußerung wichtig	2	
Meinungen anderer in Bezug auf Medikamente sowie Therapieangebot	1	
Meinungsäußerung bei Therapievorschlügen	1	
<i>Kritik/Unzufriedenheit</i>		3
Äußerung von Kritik;	1	
Unzufriedenheit ausdrücken können	1	
Unzufriedenheit äußern können	1	
<i>Mitsprache</i>		6
Mitsprache bei Medikamenteneinnahme	2	
Mitspracherecht bei Tagesablauf und Therapieangebot	1	
Mitspracherecht	1	
Alles mitentscheiden	1	
Möglichkeit der Mitentscheidung	1	
<i>Selbstentscheidung</i>		3
Kein Zwang	1	
Selbstentscheidung in Bezug auf Therapieplan	1	
freie Einnahmeentscheidung bei Medikamenten	1	
<i>Einflussmöglichkeit</i>		12
Große Einflussmöglichkeit	2	
Einflussmöglichkeiten von Seiten der Patienten	1	
Einfluss bei Medikamenteneinnahme	1	
Einfluss auf medikamentöse Behandlung	1	
Einfluss ebenso Wochenendgestaltung	1	
Einfluss	1	
Einflussmöglichkeit	1	
Einflussnahme gut und wichtig	1	
Gute Einflussnahme	1	
Steigerung der Einflussnahme	1	
Auf alles Einflussnahme	1	
<i>Rücksicht</i>		4
Rücksichtnahme	1	
Patientenvorschläge respektieren	1	
Kompromissbereitschaft	1	
Individuelle Abstufung zwischen Tablettenabhängigen und Nichtabhängigen	1	
<b>Ärzte/Therapeuten</b>		16
Aufklärung über Therapiekonzept/ Erläuterung des Therapieverlaufes durch Ärzte/ Aufklärung über Medikamente	3	
Absprachen treffen/ Individuelle Absprachen	3	
Anhören der Probleme/ Gemeinsame Problembewältigung/ Problemäußerung und Änderungen vornehmen	3	
Ärzte haben in diesem Punkt aber die bessere Erfahrung/ Durch besseres Fachwissen können Ärzte sinnvollere Entscheidungen bei Medikamenten treffen	2	
Mit Hilfe des Arztes Therapiekonzept entwickeln/ Entwicklung eines Miteinanders	2	
Individuelles Eingehen/ Gefühl zu haben, persönlich wahrgenommen zu werden	2	
Entscheidung der Ärzten	1	
<b>Pflegepersonal</b>		1
Gespräche mit Personal	1	

<b>Therapieangebot</b>		11
Festgelegtes Therapieschema	1	
Nicht zu wenig Therapie	1	
Freie Auswahl bei Therapie	1	
Teilnahmemöglichkeit bei Therapieangeboten auf anderen Stationen	1	
Selbstnutzen der Therapie	1	
Individuelle Gestaltung des Tagesablaufes	1	
Freiwillige Teilnahme an Therapie	1	
Aufträge, um sich selbst einzubringen	1	
Ausprobieren von Therapieangeboten	1	
Dienste abschaffen	1	
Individuelle Therapieprogrammteilnahme	1	
<b>Freizeit</b>		1
Genügend Freizeit	1	
<i>Offenheit</i>		2
Offen sein für alles	1	
Sich überraschen lassen	1	
<b>Therapieziele</b>		2
Veränderung des eigenen Lebens	1	
Druck von außen, um sich zu engagieren	1	
<b>Mitpatienten</b>		1
Gespräche Mitpatienten	1	

<b>Frage 11: Wie sollte das Angebot an sozialen und sportlichen Aktivitäten sein, damit Sie voll und ganz zufrieden wären?</b>	
Fall1	Mehr Sport; Mehr Mannschaftssportarten; Kiosk/Cafeteria, um dort mit Besuch hinzugehen;
Fall2	Kein Powersport, mehr Teamsportarten; Kompromissbereitschaft; Kegeln, ins Kino gehen
Fall3	Sportauswahl je nach Gruppenzusammensetzung
Fall4	Vielseitiges Sportangebot; Richtiges Maß der Angebote; Vielseitiges Freizeitangebot; Kontakt zwischen anderen Stationen; Weniger Sport
Fall5	Vielfältiges Sportprogramm; Unternehmungen in Kleingruppen;
Fall6	Richtiges Maß an Sport; Unternehmungen in der Stadt möglich;
Fall7	Gemeinsame Aktivitäten; Freizeit; Individuelle Abstimmung bei Sport; Richtiges Maß
Fall8	Individuelles Therapieangebot
Fall9	Verschiedene Sportarten; Gemeinsame Aktionen
Fall10	Schwimmbad im Haus
Fall11	Gemeinschaftsspiele; Unternehmungen mit Stationsgruppe
Fall12	Nicht wichtig
Fall13	Freiraum bei sozialen Aktivitäten; Vielfältiges Sportangebot
Fall14	Mehr Aktivitäten; Größeres Sportangebot; Sport wichtig für Ausgleich; Soziales Angebot gut
Fall15	Ausgeprägtes soziales Angebot; Vielfältiges Sportprogramm
Fall16	Sport
Fall17	
Fall18	
Fall19	Sportprogramm den Patienten mehr selbst überlassen; Festgelegte Anzahl an Sporttagen, freie Auswahl innerhalb des Programms und freie Teilnahme; Kein Frühsport direkt nach dem Frühstück; Soziales Angebot mit Stadtgang, Kino oder gemeinsam etwas anschauen
Fall20	Groß; Aktivitäten draußen; Individuelles Programm;
Fall21	Wenig Sport, gelegentlich soziales Angebot;
Fall22	Sportanlage in der Freizeit nutzen können oder am Wochenende; Basteln; Soziales Angebot mit Liste zum einschreiben und freiwilliger Teilnahme
Fall23	
Fall24	Ausreichend
Fall25	Nutzung der großen Sporthalle; Soziales Angebot Patientenabhängig;
Fall26	Viele soziale Aktivitäten, auch sportlicher Art; Durch mehr soziale Aktivitäten stärkeres Gruppengefühl;
Fall27	Gemeinsame Ausflüge; Krafttraining
Fall28	Gruppenunternehmungen; Sportprogramm gut
Fall29	Billardraum, Tischfußball, Auf Klinikgelände Fahrrad- oder Inlineweg
Fall30	Bei Wohlbefinden Teilnahme am normalen Leben; Selbstorganisation der sozialen Aktivitäten; Sport wichtig

Frage 11: Wie sollte das Angebot an sozialen und sportlichen Aktivitäten sein, damit Sie voll und ganz zufrieden wären?	Einzelnenennungen	Nennungen insgesamt
<b>Sport</b>		27
Vielseitiges Sportangebot / Vielfältiges Sportprogramm/ Vielfältiges Sportangebot/Verschiedene Sportarten/ Größeres Sportangebot	5	
Weniger Sport/Kein Powersport/ Wenig Sport/Richtiges Maß an Sport / Kein Frühsport direkt nach dem Frühstück	5	
Sportprogramm/ Sport/ Sport wichtig für Ausgleich	4	
Mehr Sport /		
Mehr Mannschaftssportarten/ Mehr Teamsportarten	3	
Sportprogramm den Patienten mehr selbst überlassen/Freie Teilnahme/ Freie Auswahl innerhalb des Programms	3	
Sportauswahl je nach Gruppenzusammensetzung/ Individuelle Abstimmung bei Sport	2	
Sportanlage in der Freizeit nutzen können oder am Wochenende	1	
Festgelegte Anzahl an Sporttagen	1	
Schwimmbad im Haus	1	
Nutzung der großen Sporthalle	1	
Krafttraining	1	
<b>Soziales Angebot</b>		31
Kontakt zwischen anderen Stationen/ Unternehmungen in Kleingruppen/ Kegeln, ins Kino gehen/ Gemeinsame Aktionen/ Unternehmungen in der Stadt möglich/Gemeinsame Aktivitäten/ Unternehmungen mit Stationsgruppe/ Gemeinschaftsspiele/ Soziales Angebot mit Stadtgang, Kino oder gemeinsam etwas anschauen/ Gemeinsame Ausflüge/ Gruppenunternehmungen	11	
Vielseitiges Freizeitangebot/ Vielfältiges Angebot/ Ausgeprägtes soziales Angebot	3	
Richtiges Maß der Angebote/ Richtiges Maß	2	
Freizeit/ Freiraum bei sozialen Aktivitäten	2	
Individuelles Programm/ Individuelles Therapieangebot	2	
Viele soziale Aktivitäten, auch sportlicher Art	1	
Gelegentlich soziales Angebot	1	
Basteln	1	
Groß	1	
Aktivitäten draußen	1	
Soziales Angebot mit Liste zum einschreiben und freiwilliger Teilnahme	1	
Kiosk/Cafeteria, um dort mit Besuch hinzugehen	1	
Billardraum	1	
Tischfußball	1	
Fahrradweg	1	
Inlineweg	1	
Bei Wohlbefinden Teilnahme an normalem Leben	1	
Selbstorganisation der sozialen Aktivitäten	1	
<i>Kompromisse</i>		1
Kompromissbereitschaft	1	
<b>Sonstiges</b>		5
Nicht wichtig	1	
Ausreichend	1	
Soziales Angebot Patientenabhängig	1	
Durch mehr soziale Aktivitäten stärkeres Gruppengefühl	1	
Sportprogramm gut	1	

<b>Frage 12: Wie sollten Ihrer Meinung nach die Räumlichkeiten, z.B. Patientenzimmer, Gemeinschaftsräume usw., aufgebaut und ausgestattet sein, damit Sie sich wohlfühlen?</b>	
Fall1	Wohnlich, nicht steril
Fall2	Bilder; Mehr Farbe; Auswahl an Bildern zum aufhängen; Häusliche Atmosphäre Durch Teppich; Verzicht auf Teppichboden, dafür Möglichkeit, Essen mit auf die Zimmer nehmen zu können; Große Schränke; Große Fenster; Vorhänge; Eigenes Bad; Doppeltüren
Fall3	Pinnwand für persönliche Dinge; Andere Bilder; Zwei-Bettzimmer; Privatsphäre
Fall4	Möglichkeit der Bücherausleihe; Gemütlicher Aufenthaltsraum; Besucherraum
Fall5	Gemeinschaftsraum größer und gemütlicher; Keine Krankenhausatmosphäre der Patientenzimmer
Fall6	Sanitäre Anlagen in Patientenzimmern; Freundlichere Zimmer; Schönere Bilder, schönerer Teppichboden; TV-Gerät in Patientenzimmer; Telefon auf Patientenzimmer
Fall7	Wärmere Farben; Keine Trennung zwischen Personal und Patienten; Normale Fenster;
Fall8	Bessere Schalldämpfung; Küche und Essraum gemütlich; Gemütlichere Betten; Größeres Wertfach
Fall9	Küche gut; Wohnräume trist; Keine weiße Bettwäsche; Mehr Farbe; Gardinen; Schöne Bilder
Fall10	Teppichboden; Besucherraum; Sanitäre Anlagen in Patientenzimmer; Eigenes Telefon im Zimmer
Fall11	Woldecke als Tagesdecke; Poster; Blumen; Gemeinschaftsraum gut und groß
Fall12	Bequemer; Gemeinschaftsräume in Ordnung;
Fall13	Große Patientenzimmer; Pflanzen; Nicht steril, wohnlich
Fall14	Zimmer sind gut; Nichts fehlt;
Fall15	TV-Gerät in Patientenzimmer
Fall16	Patientenzimmer zum Wohlfühlen; Gestaltungsraum schlecht ausgestattet und klein
Fall17	
Fall18	Räume in Ordnung
Fall19	Tischfußball; Zimmer wärmer und freundlicher gestalten, weniger Krankenhausatmosphäre
Fall20	Patientenzimmer in Ordnung; Trennung von Fernseh- und Essensraum, gemütlichere Gestaltung dieser Räume; Oasen zum sich Zurückziehen; Zimmer persönlicher einrichten, mit Bildern und Pflanzen
Fall21	Wie zur Zeit
Fall22	Eigenes Telefon; Eigenes Bad; Vernünftige Matratze; Erlaubnis der Getränke- und Essensmitnahme
Fall23	Trennung der Damen- und Herren-Toiletten; Trennung der Duschmöglichkeiten; Größere Patientenschränke
Fall24	Telefon auf Zimmer; Ansonsten zufrieden;
Fall25	Fenster zum öffnen; Wohnlicher
Fall26	TV-Gerät; Eigene Stereoanlage
Fall27	Größere Zimmer; Einzelzimmer; Im Gemeinschaftsraum größeres Sofa
Fall28	Mehr Farbe; Eigenes Bad im Zimmer
Fall29	Eigenes Bad im Zimmer, Überall Zweibettzimmer, genügend Schränke, Sitzmöglichkeiten im Zimmer, Billardtisch und Tischfußball im Gemeinschaftsraum, Sofaecke im Gemeinschaftsraum
Fall30	Zufrieden



Frage 12: Wie sollten Ihrer Meinung nach die Räumlichkeiten, z.B. Patientenzimmer, Gemeinschaftsräume usw., aufgebaut und ausgestattet sein, damit Sie sich wohlfühlen?	Einzelnennungen	Nennungen insgesamt
<b>Räumlichkeiten</b>		88
<i>Allgemein</i>		5
Wohnlich	3	
Nicht steril	2	
<b>Bilder/Wände</b>		9
Mehr Farbe	3	
Bilder	1	
Auswahl an Bildern zum aufhängen	1	
Andere Bilder	1	
Schönere Bilder	1	
Schöne Bilder	1	
Wärmere Farben	1	
<b>Patientenzimmer</b>		43
Zimmer persönlicher einrichten, mit Bildern und Pflanzen/ Poster/ Blumen/ Pflanzen	4	
Erlaubnis der Getränke- und Essensmitnahme/ Verzicht auf Teppichboden, dafür Möglichkeit, Essen mit auf die Zimmer nehmen zu können/ schönerer Teppichboden		
Häusliche Atmosphäre durch Teppich/ Teppichboden	4	
Eigenes Bad/		
Sanitäre Anlagen in Patientenzimmer	4	
Eigenes Telefon/		
Telefon auf Patientenzimmer	3	
Große Fenster/ Normale Fenster/ Fenster zum öffnen	3	
Große Schränke/Größere Patientenschränke/genügend Schränke	3	
Keine Krankenhausatmosphäre der Patientenzimmer/Zimmer wärmer und freundlicher gestalten, weniger Krankenhausatmosphäre	2	
Gemütlichere Betten/ Vernünftige Matratze	2	
Vorhänge/ Gardinen	2	
Doppeltüren Privatsphäre/ Bessere Schalldämpfung	2	
TV-Gerät in Patientenzimmer	2	
Größere Zimmer/ Große Patientenzimmer	2	
Zwei-Bettzimmer	2	
Größeres Wertfach	1	
Keine weiße Bettwäsche	1	
Woldecke als Tagesdecke	1	
Patientenzimmer zum Wohlfühlen	1	
Freundlichere Zimmer	1	
Eigene Stereoanlage	1	
Einzelzimmer	1	
Sitzmöglichkeiten im Zimmer	1	
<b>Gemeinschaftsräume</b>		13
Gemütlicher Aufenthaltsraum/ Gemeinschaftsraum größer und gemütlicher/ Gemütlichere Gestaltung der Gemeinschaftsräume/ Bequemer	4	
Besucherraum	2	
Sofa/Sofaecke	2	
Trennung von Fernseh- und Essensraum	1	
Oasen zum sich Zurückziehen	1	
Wohnräume trist	1	
Gestaltungsraum schlecht ausgestattet	1	
Gemeinschaftsraum zu klein	1	
<b>Zufrieden mit Räumlichkeiten</b>		10
Gemeinschaftsraum gut und groß/ Gemeinschaftsräume in Ordnung Küche und Essraum gemütlich/ Küche gut	2	
Zimmer sind gut	2	
Nichts fehlt	1	
Räume in Ordnung	1	
Wie zur Zeit	1	
Patientenzimmer in Ordnung	1	
Zufrieden	1	

<b><i>Sanitäre Anlagen</i></b>		2
Trennung der Damen- und Herren-Toiletten	1	
Trennung der Duschkabellen	1	
<b><i>Ausstattung</i></b>		6
Tischfußball	2	
Billardtisch	1	
Pinnwand für persönliche Dinge	1	
Möglichkeit der Bücherausleihe	1	
Keine Trennung zwischen Personal und Patienten	1	

Frage 13: Wie stellen sie sich das Verhalten des Pflegepersonals idealerweise vor, damit Sie zufrieden wären?	
Fall1	
Fall2	Nicht aufdringlich; Fragen stellen zu können; Nicht beobachtet zu werden
Fall3	Aufeinander zugehen; Vertrauen;
Fall4	Offenheit, Ehrlichkeit; Konstruktive Kritik; Vertrauen; Interessiert und wohlwollend; Pflgeteam soll eigenes Verhalten reflektieren; Eigene Fehler eingestehen
Fall5	Verständnisvoll; Offenheit; Zeit nehmen, nicht gereizt reagieren;
Fall6	
Fall7	Entgegenkommen; Einfühlsam; Freundlich
Fall8	Kontakt zu Pflegepersonal; Regelmäßige Beteiligung des Pflegepersonals;
Fall9	Ansprechbar bei Problemen; Freundlich;
Fall10	Nett, verfügbar, ansprechbar
Fall11	Geduzt werden
Fall12	Freundlich
Fall13	Verständnisvoll, Entschlossenheit, Patientenregeln, Kompromissbereitschaft; Distanz waren
Fall14	Ansprechbar, nett
Fall15	Problembewältigung
Fall16	Zeit zum Reden
Fall17	Intimsphäre; Probleme bei Pflegepersonal ansprechen können, Pflegepersonal bringt die nötige Zeit auf
Fall18	Streng
Fall19	Wahrnehmen einer schlechten Verfassung eines Patienten; Zugehen, eingehen auf Patienten; Ausstrahlung von Wärme; Ernsthaftes Interesse für Probleme; Lob durch Pflegepersonal
Fall20	Menschlichkeit, Möglichkeit, persönliche Dinge anzusprechen; Respekt und Interesse für jeden Einzelnen; Zeit für jeden Patienten
Fall21	Ansprechbarkeit; Vertrauen, sich selbst trauen sie anzusprechen;
Fall22	Freundlich, verständnisvoll, keine Kontrolle ausüben
Fall23	
Fall24	Freundlich-bestimmend
Fall25	Flexibler; Anderes Verhalten; Nicht autoritär; Geringere Distanz zwischen Pflegepersonal und Patienten
Fall26	Erreichbar für Fragen; Hilfsbereit; Kompetent
Fall27	Freundlichkeit; Nicht streng
Fall28	Nett, hilfsbereit, sich kümmern;
Fall29	Nett, unterstützend, verständnisvoll, menschlicher, herzlicher, Patienten helfen mit Kontaktschwierigkeiten
Fall30	Freundlich, verständnisvoll, Fragen beantworten, ansprechbar sein

Frage 13: Wie stellen sie sich das Verhalten des Pflegepersonals idealerweise vor, damit Sie zufrieden wären?	Einzelnennungen	Nennungen insgesamt
<b>Pflegepersonal</b>		80
<b>Vertrauen</b>		3
Vertrauen	3	
<b>Verhalten reflektieren/Fehler eingestehen</b>		3
Pflegeteam soll eigenes Verhalten reflektieren	1	
Eigene Fehler eingestehen	1	
Anderes Verhalten	1	
<b>Offenheit</b>		2
Offenheit	2	
<b>Beteiligung</b>		3
Kontakt zu Pflegepersonal	1	
Regelmäßige Beteiligung des Pflegepersonals	1	
Geringere Distanz zwischen Pflegepersonal und Patienten	1	
<b>Probleme</b>		13
Ansprechbar bei Problemen	5	
Erreichbar für Fragen/ Fragen stellen zu können	3	
Problembewältigung	1	
Verfügbar	1	
Probleme bei Pflegepersonal ansprechen können	1	
Möglichkeit persönliche Dinge anzusprechen	1	
Sich selbst trauen sie anzusprechen	1	
<b>Freundlich/Nett</b>		12
Freundlich/ Freundlichkeit	6	
Nett	4	
Freundlich-bestimmend	1	
Nicht gereizt reagieren	1	
<b>Intimsphäre waren</b>		5
Distanz waren	1	
Intimsphäre	1	
Nicht aufdringlich	1	
Nicht beobachtet zu werden	1	
Keine Kontrolle ausüben	1	
<b>Zeit</b>		4
Zeit zum Reden	1	
Pflegepersonal bringt die nötige Zeit auf	1	
Zeit für jeden Patienten	1	
Zeit nehmen	1	
<b>Ausstrahlung</b>		3
Ausstrahlung von Wärme	1	
Nicht autoritär	1	
Herzlicher	1	
<b>Menschlichkeit</b>		2
Menschlichkeit	2	
<b>Verständnisvoll/Einfühlsam</b>		6
Verständnisvoll	5	
Einfühlsam	1	

<b>Respekt/Interesse</b>		6
Respekt für jeden Einzelnen	1	
Interesse für jeden Einzelnen	1	
Ernsthaftes Interesse für Probleme	1	
Wahrnehmen einer schlechten Verfassung eines Patienten	1	
Interessiert und wohlwollend	1	
Sich kümmern	1	
<b>Entgegenkommen</b>		5
Zugehen, eingehen auf Patienten	1	
Aufeinander zugehen	1	
Entgegenkommen	1	
Kompromissbereitschaft	1	
Flexibler	1	
<b>Lob</b>		1
Lob durch Pflegepersonal	1	
<b>Regeln/Kritik</b>		5
Patientenregeln	1	
Streng	1	
Entschlossenheit	1	
Konstruktive Kritik	1	
Nicht streng	1	
<b>Ehrlichkeit</b>		1
Ehrlichkeit	1	
<b>Hilfsbereitschaft/Unterstützung</b>		4
Hilfsbereit	2	
Patienten helfen mit Kontaktschwierigkeiten	1	
Unterstützend	1	
<b>Kompetenz</b>		1
Kompetent	1	
Sonstiges		1
Geduzt werden	1	

<b>Frage 14: Wie stellen Sie sich das Verhalten der Ärzte/Therapeuten idealerweise vor, damit Sie zufrieden wären?</b>	
Fall1	Zeit, Verständnis, Einfühlvermögen, zu hören;
Fall2	Nett, freundlich, offen, Fragen stellen, die einem zum Nachdenken anregen;
Fall3	Tolerant, offen, informiert
Fall4	Unterstützung und Herausforderung; Rückmeldung erhalten; Anerkennung/Lob; Eigenes Verhalten reflektieren; Hilfe bei Problemen
Fall5	Freundlich; Sich Gedanken um jeden Einzelnen machen, verständnisvoll sein;
Fall6	Offenheit;
Fall7	Fordernd, provokant; Aufeinander zugehen;
Fall8	Angehört zu werden, Zeit; Sinnvolle Zeitnutzung; Kompromissbereitschaft
Fall9	Vertrauen; Raum und Zeit für Gespräche; Ständige Ansprechbarkeit
Fall10	Zeit bei Gesprächen und Meinungsäußerung
Fall11	Nett
Fall12	Einfühlvermögen
Fall13	Offenheit, Ehrlichkeit
Fall14	Offenheit, Ehrlichkeit
Fall15	
Fall16	Vertrauen; Ehrlichkeit; Richtung/Orientierung/Denkanstöße
Fall17	Verständnis für Patienten; Abklärung der Therapeuten/Ärzte über Freigabe von persönlichen Daten; Therapeut und Arzt nicht selbe Person
Fall18	Keine Fallzahl sein; Hilfe bekommen; Zeit nehmen
Fall19	Menschlichkeit; Normale Behandlung, nicht erinnert zu werden, in Klinik zu sein; Freundliche Behandlung
Fall20	Möglichkeit, alles anzusprechen; Rückmeldung für Patienten über den eigenen Zustand
Fall21	Verständnisvoll;
Fall22	
Fall23	Gut aufgehoben
Fall24	Kompetent, einfühlsam, ehrlich; Breitgefächerte Therapie
Fall25	Kollegial
Fall26	Gegenseitiger Austausch der Therapeuten/Ärzte; Erreichbar für Fragen
Fall27	Eingehen auf jeden Einzelnen, Probleme ernst nehmen; Nur eine Psychologin ohne Bezug zu Patienten
Fall28	Eingehen auf Patienten; Problemorientierte Fragen stellen
Fall29	Nicht abgehoben, Nicht Gefühl des verrückten Patienten bekommen, Keine Macht demonstrieren
Fall30	Problem ernst nehmen, Balance zwischen zuhören und Tipps finden, keine Vorschriften

Frage 14: Wie stellen Sie sich das Verhalten der Ärzte/Therapeuten idealerweise vor, damit Sie zufrieden wären?	Einzelnennungen	Nennungen insgesamt
<b>Ärzte/Therapeuten</b>		78
<b>Herausforderung</b>		8
Fragen stellen, die einem zum Nachdenken anregen/ Denkanstöße	2	
Fordernd	1	
Provokant	1	
Herausforderung	1	
Problemorientierte Fragen stellen	1	
<b>Hilfe</b>		5
Hilfe bei Problemen/Hilfe bekommen	2	
Unterstützung	1	
Richtung	1	
Orientierung	1	
<b>Toleranz</b>		2
Tolerant	1	
Möglichkeit, alles anzusprechen	1	
<b>Selbstreflexion</b>		1
Eigenes Verhalten reflektieren	1	
<b>Individualität</b>		5
Sich Gedanken um jeden Einzelnen machen/ Eingehen auf jeden Einzelnen/ Keine Fallzahl sein	3	
Gut aufgehoben	1	
informiert	1	
<b>Freundlich/Nett</b>		5
Freundlich	2	
Nett	2	
Freundliche Behandlung	1	
<b>Kompromissbereitschaft</b>		3
Aufeinander zugehen	1	
Kompromissbereitschaft	1	
Kollegial	1	
<b>Vertrauen</b>		2
Vertrauen	2	
<b>Zeit für Gespräche</b>		10
Zeit	2	
Zeit bei Gesprächen und Meinungsäußerung	1	
Raum und Zeit für Gespräche	1	
Ständige Ansprechbarkeit	1	
Zeit nehmen	1	
Angehört zu werden	1	
Sinnvolle Zeitnutzung	1	
zu hören	1	
Erreichbar für Fragen	1	
<b>Rückmeldung</b>		4
Rückmeldung für Patienten über den eigenen Zustand	1	
Rückmeldung erhalten	1	
Anerkennung	1	
Lob	1	
<b>Einfühlsam/Verständnisvoll</b>		8
Einfühlvermögen	3	
Verständnisvoll/Verständnisvoll sein	2	
Verständnis für Patienten/Verständnis	2	
Eingehen auf Patienten	1	
<b>Offenheit</b>		5
Offenheit	3	
offen	2	
<b>Ehrlichkeit</b>		4
Ehrlichkeit	4	

<b>Behandlung</b>		10
Probleme ernster nehmen/Probleme ernst nehmen	2	
Normale Behandlung	1	
Nicht erinnert zu werden, in Klinik zu sein	1	
Menschlichkeit	1	
Nicht abgehoben	1	
Keine Macht demonstrieren	1	
Nicht das Gefühl des verrückten Patienten bekommen	1	
Balance zwischen zuhören und Tipps geben	1	
Keine Vorschriften	1	
<b>Kompetenz</b>		1
Kompetent	1	
<b>Austausch</b>		1
Gegenseitiger Austausch der Therapeuten/Ärzte	1	
<b>Sonstiges</b>		4
Abklärung der Therapeuten/Ärzte über Freigabe von persönlichen Daten	1	
Therapeut und Arzt nicht selbe Person	1	
Breitgefächerte Therapie	1	
Nur eine Psychologin ohne Bezug zu Patienten	1	



<b>Frage 15: Wenn Sie an den gestrigen Tag denken, was fanden Sie besonders gut?</b>	
Fall1	Aufnahmegespräch; Positiv, dass Ärzte/Therapeuten keine weißen Kittel tragen
Fall2	Gespräche; Geringes Programm
Fall3	
Fall4	
Fall5	Kontakt zu neuen Leuten; Herzlicher Empfang durch Mitpatienten
Fall6	Erstgespräch; Herzlicher Empfang durch Mitpatienten und Pflegepersonal
Fall7	Kein Terminstress; Pflegepersonal nahm sich Zeit
Fall8	Rücksichtnahme bei Aufnahme; Keine Wartezeit
Fall9	Kommunität; Unterhaltung mit Mitpatienten;
Fall10	Mittagessen
Fall11	Offenheit der Mitpatienten
Fall12	Konnte mit Pflegepersonal über Probleme reden; Auf Verständnis gestoßen;
Fall13	Bereitschaft der Mitpatienten, Eingewöhnungszeit zu geben; Mitpatienten rücksichtsvoll
Fall14	Mit Mitpatienten unterhalten; Kein Rückzug der Mitpatienten
Fall15	
Fall16	Gruppentherapie;
Fall17	Empfang von Besuch und für diese Möglichkeit, sich Räumlichkeiten anzusehen
Fall18	Ziel, auf diese Station zu kommen
Fall19	Sofortige Integration in Gruppe; Verschiedene Charaktere anderer Patienten kennen zu lernen
Fall20	Ausgang;
Fall21	
Fall22	
Fall23	Ausgang, um Abstand zu bekommen; Realität wahrnehmen; Gutes, umfassendes Aufnahmegespräch von Pflegern
Fall24	Besuch
Fall25	
Fall26	
Fall27	Unterhaltung mit Mitpatienten
Fall28	
Fall29	Alle sehr nett gewesen, Verständnis für die eigene Situation gezeigt
Fall30	Zeit zum Rausgehen, um Sachen organisieren zu können

Frage 15: Wenn Sie an den gestrigen Tag denken, was fanden Sie besonders gut?	Einzelnennungen	Nennungen insgesamt
<b>Therapieangebot</b>		5
<i>Gespräche</i>		5
Gespräche	1	
Aufnahmegespräch	1	
Erstgespräch	1	
Gruppentherapie	1	
Geringes Angebot	1	
<b>Mitpatienten</b>		12
Unterhaltung mit Mitpatienten/ Mit Mitpatienten unterhalten		
Kontakt zu neuen Leuten/	3	
Verschiedene Charaktere anderer Patienten kennen zu lernen	2	
Herzlicher Empfang durch Mitpatienten	1	
Kommunität	1	
Offenheit der Mitpatienten	1	
Bereitschaft der Mitpatienten, Eingewöhnungszeit zu geben	1	
Mitpatienten rücksichtsvoll	1	
Kein Rückzug der Mitpatienten	1	
Sofortige Integration in Gruppe	1	
<b>Pflegepersonal</b>		5
Herzlicher Empfang durch Pflegepersonal	1	
Pflegepersonal nahm sich Zeit	1	
Konnte mit Pflegepersonal über Probleme reden	1	
Auf Verständnis gestoßen	1	
Gutes, umfassendes Aufnahmegespräch von Pflegern	1	
<b>Wartezeit/Termine</b>		2
Kein Terminstress	1	
Keine Wartezeit	1	
<b>Aufnahme</b>		3
Rücksichtnahme bei Aufnahme	1	
Alle nett gewesen	1	
Verständnis für die eigene Situation	1	
<b>Essen</b>		1
Mittagessen	1	
<b>Therapieangebot</b>		2
Gruppentherapie	1	
Geringes Programm	1	
<b>Besuch</b>		2
Empfang von Besuch und für diesen Möglichkeit, sich Räumlichkeiten anzusehen	1	
Besuch	1	
<b>Ausgang</b>		4
Ausgang, um Abstand zu bekommen/ Ausgang Realität wahrnehmen	2	
Zeit zum Herausgehen, um Sachen organisieren zu können	1	
	1	
<b>Sonstiges</b>		2
Positiv, dass Ärzte/Therapeuten keine weißen Kittel tragen	1	
Ziel, auf diese Station zu kommen	1	

Frage 16: Was hat Ihnen nicht gefallen?	
Fall1	
Fall2	
Fall3	
Fall4	Schwierigkeiten mit Pflegepersonal
Fall5	
Fall6	Ungewohnte Umgebung
Fall7	
Fall8	
Fall9	Zu wenig Therapie am Anfang
Fall10	Stationsregeln abschreckend; Nach 22 Uhr Station abgeschlossen; Kein Telefon auf Zimmer; Schockierender Zustand sanitärer Anlagen
Fall11	
Fall12	Zu viel Neues zu Beginn
Fall13	
Fall14	
Fall15	
Fall16	
Fall17	
Fall18	
Fall19	Mehr Bemühen des Pflegepersonal; Zu wenig Aktivitäten zu Therapiebeginn; Neugierig und Lust auf Angebote
Fall20	Untätigkeit
Fall21	
Fall22	Verabschiedung von Angehörigen nicht leicht
Fall23	Um 22 Uhr Station abgeschlossen; Keine Parkmöglichkeiten für Patienten
Fall24	Lästern von Mitpatienten
Fall25	
Fall26	Keine Vorstellung bei Mitpatienten
Fall27	Atmosphäre; Ärzte; Zimmer; Umfeld
Fall28	Einstellung des Therapeuten gegenüber Patienten
Fall29	Ständig gleiche Fragen bei Aufnahme
Fall30	

Frage 16: Was hat Ihnen nicht gefallen?	Einzelnennungen	Nennungen insgesamt
<b>Pflegepersonal</b>		2
Schwierigkeiten mit Pflegepersonal	1	
Mehr Bemühen des Pflegepersonal	1	
<b>Ärzte/Therapeuten</b>		2
Ärzte	1	
Einstellung des Therapeuten gegenüber Patienten	1	
<b>Mitpatienten</b>		2
Lästern von Mitpatienten	1	
Keine Vorstellung bei Mitpatienten	1	
<b>Räumlichkeiten</b>		6
<i>Atmosphäre</i>		3
Atmosphäre	1	
Ungewohnte Umgebung	1	
Umfeld	1	
<i>Ausstattung der Zimmer</i>		1
Kein Telefon auf Zimmer	1	
<i>Patientenzimmer</i>		1
Zimmer	1	
<i>Sanitäre Anlagen</i>		1
Schockierender Zustand sanitärer Anlagen	1	
<b>Therapieangebot</b>		5
Zu wenig Therapie am Anfang/ Zu wenig Aktivitäten zu Therapiebeginn	2	
Zu viel Neues zu Beginn	1	
Neugierig und Lust auf Angebote	1	
Untätigkeit	1	
<b>Stationsregeln</b>		3
Nach 22 Uhr Station abgeschlossen/Um 22 Uhr Station abgeschlossen	2	
Stationsregeln abschreckend	1	
<b>Sonstiges</b>		3
Verabschiedung von Angehörigen nicht leicht	1	
Keine Parkmöglichkeiten für Patienten	1	
Ständig gleiche Fragen bei Aufnahme	1	

Frage 17: Was erwarten sie sich vom morgigen Tag?	
Fall1	
Fall2	Alles ausprobieren
Fall3	Persönliche Bekanntmachung mit Bezugsschwester
Fall4	Freude auf Unternehmung
Fall5	Sport
Fall6	Intensivere Unternehmungen zwecks Erfolgserlebnis
Fall7	Gespannt auf Therapieverlauf; Gespannt auf Visite und Stationsablauf
Fall8	Mehr Klarheit durch Gespräche; Immer mehr sich zugehörig fühlen
Fall9	Gespräch; Keine Langeweile haben; Mehr Therapieangebot;
Fall10	Gruppentherapie
Fall11	Frühsport
Fall12	Sich wohler fühlen
Fall13	Allgemeine Unterstützung zu Beginn
Fall14	Gutes Essen; Gespräch mit Therapeut; Einstellung der Medikamente
Fall15	
Fall16	Das Vorgenommene umsetzen
Fall17	Bessere Informationsweiterleitung; Stärkere Integration ins Programm
Fall18	
Fall19	Langsame Integration in Gruppe
Fall20	
Fall21	
Fall22	
Fall23	
Fall24	Gespannt auf Frühgymnastik
Fall25	Langeweile
Fall26	
Fall27	
Fall28	
Fall29	Mehr Teilnahme an Aktivitäten
Fall30	Beginn des Sportprogramms

Frage 17: Was erwarten sie sich vom morgigen Tag?	Einzelnenennungen	Nennungen insgesamt
<b>Pflegepersonal</b>		2
Persönliche Bekanntmachung mit Bezugsschwester	1	
Bessere Informationsweiterleitung	1	
<b>Therapieverlauf</b>		2
Gespannt auf Therapieverlauf	1	
Gespannt auf Visite und Stationsablauf	1	
<b>Therapieangebot</b>		20
<b>Sport</b>		4
Sport/ Frühsport	3	
Gespannt auf Frühgymnastik	1	
<b>Unternehmungen</b>		3
Intensivere Unternehmungen zwecks Erfolgserlebnis/ Freude auf Unternehmung	2	
Alles ausprobieren	1	
<b>Gespräche</b>		3
Mehr Klarheit durch Gespräche/ Gespräch/Gespräch mit Therapeut	3	
<b>Therapie</b>		5
Gruppentherapie	1	
Mehr Therapieangebot	1	
Keine Langeweile haben	1	
Langeweile	1	
Mehr Teilnahme an Aktivitäten	1	
<b>Integration</b>		5
Allgemeine Unterstützung zu Beginn	1	
Sich wohler fühlen	1	
Stärkere Integration ins Programm	1	
Immer mehr sich zugehörig fühlen	1	
Langsame Integration in Gruppe	1	
<b>Essen</b>		1
Gutes Essen	1	
<b>Medikamente</b>		1
Einstellung der Medikamente	1	
<b>Therapieziele</b>		1
Das Vorgenommene umsetzen	1	

## Anhang III

### A: Patienteninformation und zugehörige Dokumente der Studie III



Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. J.-C. Krieg

#### **Patienteninformation und -aufklärung**

Sie sind vor kurzem auf der Station 4A angekommen und wir hoffen, dass Sie einen angenehmen und hilfreichen Aufenthalt haben werden.

Da uns an Ihrer Zufriedenheit in unserem Haus sehr gelegen ist, bitten wir Sie, sich einen Augenblick Zeit für diese Patienteninformation zu nehmen.

Ihre Erwartungen an Ihren stationären Aufenthalt sind uns sehr wichtig. Daher würden wir gern ein einmaliges 30-40 minütiges Gespräch mit Ihnen führen, um zu erfahren, wie Sie sich Ihre Behandlung auf der Station 4A „idealerweise“ vorstellen.

Dieses Interview findet am zweiten Tag Ihres Aufenthaltes statt und wird von einer Doktorandin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Untersuchungsraum der Station geführt.

Ihre Erwartungen fließen dann in einen Fragebogen ein, den wir derzeit erstellen, um in Zukunft Patienten am Ende Ihres stationären Aufenthaltes ausführlich zu ihrer Zufriedenheit zu befragen.

Die Teilnahme an der o. g. Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Einwilligung widerrufen bzw. zurückziehen, ohne dass das Vertrauensverhältnis zu Ihrem behandelnden Arzt in irgendeiner Weise leidet oder dieses nachteilige Folgen für Ihre weitere ärztliche Behandlung hat.

Wenn Sie mit der Teilnahme an dieser Studie einverstanden sind, erfolgt die Terminvergabe durch das Klinikpersonal der Station.

Alle im Rahmen dieser Studie erhobenen personenbezogenen Daten werden der elektronischen Datenverarbeitung in anonymisierter Form zugeführt und gespeichert. Nach Abschluss der Studie werden alle personenbezogenen Daten gelöscht.



### Einwilligungserklärung

#### *Messung der Patientenzufriedenheit in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie*

Ich, (Name des/der Patienten/in in Blockschrift) \_\_\_\_\_  
bin über Wesen, Bedeutung und Tragweite der o. g. Studie aufgeklärt worden und habe die  
Patienteninformation/-aufklärung gelesen und verstanden. Alle Fragen zu dieser vorgesehenen Studie  
wurden von der aufklärenden Ärztin/dem aufklärenden Arzt zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ich hatte genügend Zeit für meine Entscheidung und bin bereit, an der o. g. Studie teilzunehmen. Ich bin  
mit der im Rahmen der Studie erfolgenden Aufzeichnung von Daten und ihrer Weitergabe entsprechend  
der Patienteninformation einverstanden.

Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angaben von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an dieser  
Studie widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile erwachsen.

Eine Ausfertigung des Aufklärungs- bzw. Informationsblattes und der Einwilligungserklärung habe ich  
erhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des  
aufklärenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Patienten



## B: Erhebungsmaterial der Studie III, Spezieller Fragebogen (SpezFB)

**KLINIKUM**  
 der Philipps-Universität Marburg

Anstalt des öffentlichen Rechts, Sitz Marburg



Station 4A

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. J.-C. Krieg

## Ihre Meinung ist uns wichtig!

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie waren als Patient/in auf unserer Psychotherapie-Station 4A, und wir hoffen, dass Sie einen angenehmen und hilfreichen Aufenthalt hatten.

Da uns an Ihrer Zufriedenheit mit unserem Haus, und speziell mit unserer Station 4A sehr gelegen ist, und um die Qualität unserer Arbeit besser einschätzen und auch in Zukunft weiter verbessern zu können, interessiert uns Ihre Meinung. Wir haben deshalb im Vorfeld Gespräche mit Patienten/innen geführt und sie gefragt, wie die Behandlung „idealerweise“ sein sollte, damit sie voll und ganz zufrieden wären. Diese Interviews wurden ausgewertet und daraus der vorliegende Fragebogen entwickelt.

Wir bitten Sie, sich etwas Zeit zu nehmen, um uns die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben werden selbstverständlich unter Wahrung der Anonymität und gemäß dem Datenschutzgesetz ausgewertet. Lesen Sie bitte jede Frage sorgfältig durch und kreuzen Sie diejenige Antwort an, die Ihrer Meinung am ehesten entspricht.

### 1. Den Empfang und die Einführung durch das Pflegepersonal bei der Aufnahme auf der Station empfand ich als

<input type="radio"/> sehr gut	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> mittelmäßig	<input type="radio"/> schlecht	<input type="radio"/> sehr schlecht
--------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

### 2. Mit der Freundlichkeit des Pflegepersonals während meines stationären Aufenthaltes war ich

<input type="radio"/> sehr zufrieden	<input type="radio"/> weitgehend zufrieden	<input type="radio"/> teils zufrieden, teils unzufrieden	<input type="radio"/> eher unzufrieden	<input type="radio"/> sehr unzufrieden
--------------------------------------	--	--	--	--

### 3. Die Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals empfand ich als

<input type="radio"/> sehr gut	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> mittelmäßig	<input type="radio"/> schlecht	<input type="radio"/> sehr schlecht
--------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

### 4. Ich hatte den Eindruck, dass das Pflegepersonal Verständnis für meine Situation zeigte und stets bei Problemen ansprechbar war.

<input type="radio"/> immer	<input type="radio"/> meistens	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> nie
-----------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------	---------------------------

### 5. Mit der Freundlichkeit und Offenheit der Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen war ich

<input type="radio"/> sehr zufrieden	<input type="radio"/> weitgehend zufrieden	<input type="radio"/> teils zufrieden, teils unzufrieden	<input type="radio"/> eher unzufrieden	<input type="radio"/> sehr unzufrieden
--------------------------------------	--	--	--	--

**6. Die Hilfe und Unterstützung durch die Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen empfand ich als**

Ö sehr gut	Ö gut	Ö mittelmäßig	Ö schlecht	Ö sehr schlecht
------------	-------	---------------	------------	-----------------

**7. Das Verständnis der Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen für meine Situation sowie das Vertrauen, das ich zu ihnen hatte, empfand ich als**

Ö sehr gut	Ö gut	Ö mittelmäßig	Ö schlecht	Ö sehr schlecht
------------	-------	---------------	------------	-----------------

**8. Ich hatte den Eindruck, dass meine Probleme von den Ärzten/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen ernst genommen wurden und dass ich diese durch gemeinsame Auseinandersetzungen bewältigt habe.**

Ö eindeutig ja	Ö eher ja	Ö teils, teils	Ö eher nein	Ö eindeutig nein
----------------	-----------	----------------	-------------	------------------

**9. Ich hatte den Eindruck, dass meine Ärzte/Ärztinnen bzw. meine Therapeuten/Therapeutinnen während meiner Behandlung auf mich eingegangen sind, und dass ich von ihnen akzeptiert wurde.**

Ö eindeutig ja	Ö eher ja	Ö teils, teils	Ö eher nein	Ö eindeutig nein
----------------	-----------	----------------	-------------	------------------

**10. Die Zusammenarbeit und den gegenseitigen Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzten/Ärztinnen sowie Therapeuten/Therapeutinnen empfand ich als**

Ö sehr gut	Ö gut	Ö mittelmäßig	Ö schlecht	Ö sehr schlecht
------------	-------	---------------	------------	-----------------

**11. Die Einflussmöglichkeiten auf meine eigene Therapie ( z.B. Therapieplan, medikamentöse Behandlung) empfand ich als**

Ö sehr gut	Ö gut	Ö mittelmäßig	Ö schlecht	Ö sehr schlecht
------------	-------	---------------	------------	-----------------

**12. Mit der Strukturierung meines eigenen Therapieplanes und auch meines Tagesablaufes war ich**

Ö sehr zufrieden	Ö weitgehend zufrieden	Ö teils zufrieden, teils unzufrieden	Ö eher unzufrieden	Ö sehr unzufrieden
------------------	------------------------	--------------------------------------	--------------------	--------------------

**13. Die Eingewöhnungszeit zu Beginn meines Aufenthaltes empfand ich als**

Ö viel zu lang	Ö zu lang	Ö genau richtig	Ö zu kurz	Ö viel zu kurz
----------------	-----------	-----------------	-----------	----------------

**14. Mit der Umsetzung meiner Therapieziele bin ich**

Ö sehr zufrieden	Ö zufrieden	Ö teils zufrieden, teils unzufrieden	Ö leicht unzufrieden	Ö sehr unzufrieden
------------------	-------------	--------------------------------------	----------------------	--------------------

**15. Der Kontakt zu meinen Mitpatienten/Mitpatientinnen sowie meine Integration in die Gruppe empfand ich als**

Ö sehr gut	Ö gut	Ö mittelmäßig	Ö schlecht	Ö sehr schlecht
------------	-------	---------------	------------	-----------------

**16. Der Austausch mit den Mitpatienten/Mitpatientinnen über Probleme und Erfahrungen empfand ich als**

Ö viel zu viel	Ö zu viel	Ö genau richtig	Ö zu wenig	Ö viel zu wenig
----------------	-----------	-----------------	------------	-----------------

**17. Das Therapieangebot der Station empfand ich als**

Ö sehr gut	Ö gut	Ö mittelmäßig	Ö schlecht	Ö sehr schlecht
------------	-------	---------------	------------	-----------------

**18. Das stationäre Aufnahmegespräch mit meinem/r Arzt/Ärztin bzw. Therapeut/Therapeutin empfand ich als**

Ö sehr angenehm	Ö angenehm	Ö mittelmäßig	Ö unangenehm	Ö sehr unangenehm
-----------------	------------	---------------	--------------	-------------------

**19. Die Anzahl der Einzelgespräche war für mich**

Ö viel zu viel	Ö zu viel	Ö genau richtig	Ö zu wenig	Ö viel zu wenig
----------------	-----------	-----------------	------------	-----------------

**20. Die Dauer meiner Einzeltherapiegespräche war**

Ö viel zu lang	Ö zu lang	Ö genau richtig	Ö zu kurz	Ö viel zu kurz
----------------	-----------	-----------------	-----------	----------------

**21. Die Anzahl der Gruppengespräche war für mich**

Ö viel zu viel	Ö zu viel	Ö genau richtig	Ö zu wenig	Ö viel zu wenig
----------------	-----------	-----------------	------------	-----------------

**22. Das sportliche Angebot der Station 4A empfand ich als**

Ö viel zu viel	Ö zu viel	Ö genau richtig	Ö zu wenig	Ö viel zu wenig
----------------	-----------	-----------------	------------	-----------------

**23. Das Verhältnis zwischen Freizeitgestaltung und Therapie empfand ich als**

Ö viel zu viel Freizeit	Ö zu viel Freizeit	Ö ausgewogen	Ö zu wenig Freizeit	Ö viel zu wenig Freizeit
-------------------------	--------------------	--------------	---------------------	--------------------------

**24. Die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung empfand ich als**

Ö sehr gut	Ö gut	Ö mittelmäßig	Ö schlecht	Ö sehr schlecht
------------	-------	---------------	------------	-----------------

**25. Die Zeit, zu der die Station abends geschlossen wird, empfand ich als**

Ö viel zu früh	Ö früh	Ö genau richtig	Ö spät	Ö viel zu spät
----------------	--------	-----------------	--------	----------------

**26. Die Aufteilung und Ausstattung der Räumlichkeiten insgesamt (Patientenzimmer, Gemeinschaftsräume, Küche usw.) empfand ich als**

Ö sehr gut	Ö gut	Ö mittelmäßig	Ö schlecht	Ö sehr schlecht
------------	-------	---------------	------------	-----------------

**27. Die Einrichtung und Ausstattung der Patientenzimmer empfand ich als**

Ö sehr gut	Ö gut	Ö mittelmäßig	Ö schlecht	Ö sehr schlecht
------------	-------	---------------	------------	-----------------

**28. Die Atmosphäre der Station empfand ich als wohnlich.**

Ö eindeutig ja	Ö eher ja	Ö teils, teils	Ö eher nein	Ö eindeutig nein
----------------	-----------	----------------	-------------	------------------

**29. Die sanitäre Ausstattung der Station (Duschen/Toiletten) empfand ich als**

Ö sehr gut	Ö gut	Ö mittelmäßig	Ö schlecht	Ö sehr schlecht
------------	-------	---------------	------------	-----------------

**30. Dass die Mahlzeiten gemeinsam eingenommen wurden, empfand ich als**

Ö sehr gut	Ö gut	Ö mittelmäßig	Ö schlecht	Ö sehr schlecht
------------	-------	---------------	------------	-----------------

**31. Dass ich überhaupt die Möglichkeit hatte, eine stationäre Psychotherapie zu machen, empfand ich als**

Ö sehr gut	Ö gut	Ö mittelmäßig	Ö schlecht	Ö sehr schlecht
------------	-------	---------------	------------	-----------------

**32. Die Therapie hat mir geholfen, eine bessere Selbsteinschätzung zu erlangen und meine Selbständigkeit und mein Selbstbewusstsein zu verbessern.**

Ö eindeutig ja	Ö eher ja	Ö teils, teils	Ö eher nein	Ö eindeutig nein
----------------	-----------	----------------	-------------	------------------

**33. Ich habe den Eindruck, dass es mir durch die Therapie besser gelingt, meine Probleme alleine zu bewältigen und von mir gewünschte Veränderungen meiner Lebenssituation zu beeinflussen.**

Ö eindeutig ja	Ö ich glaube ja	Ö weiß ich nicht	Ö ich glaube nein	Ö eindeutig nein
----------------	-----------------	------------------	-------------------	------------------

**34. Wie geht es Ihnen jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme?**

Ö viel besser	Ö besser	Ö unverändert	Ö schlechter	Ö viel schlechter
---------------	----------	---------------	--------------	-------------------

**35. Würden Sie im Falle einer erneuten Erkrankung wieder auf unsere Station kommen?**

Ö eindeutig ja	Ö ich glaube ja	Ö weiß ich nicht	Ö ich glaube nein	Ö eindeutig nein
----------------	-----------------	------------------	-------------------	------------------

**36. Persönliche Anmerkungen, Verbesserungsvorschläge und Kritik:**


---



---

Statistische Angaben

**Geschlecht:**

**Alter:**

**Dauer des stationären Aufenthaltes in Wochen:**

Wir danken Ihnen, dass Sie sich Zeit genommen haben und wünschen Ihnen alles Gute.

## C: Einzelitems und soziodemographische Variablen

**Tabelle A:** Korrelationen Einzelitems, Sub- und Gesamtskala mit Geschlecht

		<b>Geschlecht</b>
<b>Geschlecht</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	1,000
	<b>Sig. (2-seitig)</b>	
	<b>Anzahl (N)</b>	90
<b>2: Freundlichkeit Pflege während stationären Aufenthalt</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	-0,139
	<b>Sig. (2-seitig)</b>	0,192
	<b>Anzahl (N)</b>	90
<b>3: Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	-0,050
	<b>Sig. (2-seitig)</b>	0,641
	<b>Anzahl (N)</b>	90
<b>4: Verständnis des Pflegepersonals für Situation, stets bei Problemen ansprechbar</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	0,128
	<b>Sig. (2-seitig)</b>	0,229
	<b>Anzahl (N)</b>	90
<b>5: Freundlichkeit und Offenheit der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	0,151
	<b>Sig. (2-seitig)</b>	0,156
	<b>Anzahl (N)</b>	90
<b>6: Hilfe und Unterstützung durch Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	-0,028
	<b>Sig. (2-seitig)</b>	0,792
	<b>Anzahl (N)</b>	90
<b>7: Verständnis der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen für Situation und Vertrauen zu Ihnen</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	-0,095
	<b>Sig. (2-seitig)</b>	0,376
	<b>Anzahl (N)</b>	89
<b>8: Eindruck, dass Probleme von Ärzten/Innen und Therapeuten/Innen ernst genommen wurden...</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	0,046
	<b>Sig. (2-seitig)</b>	0,671
	<b>Anzahl (N)</b>	88
<b>9: Eindruck, dass Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen auf mich eingegangen sind und ich von Ihnen akzeptiert wurde</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	0,012
	<b>Sig. (2-seitig)</b>	0,910
	<b>Anzahl (N)</b>	90
<b>10: Zusammenarbeit und gegenseitiger Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	-0,070
	<b>Sig. (2-seitig)</b>	0,509
	<b>Anzahl (N)</b>	90
<b>11: Einflussmöglichkeit auf eigene Therapie</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	0,085
	<b>Sig. (2-seitig)</b>	0,427
	<b>Anzahl (N)</b>	90
<b>12: Strukturierung meines eigenen Therapieplanes und meines Tagesablaufes</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	0,012
	<b>Sig. (2-seitig)</b>	0,914
	<b>Anzahl (N)</b>	90

Tabelle A: Fortsetzung

		<b>Geschlecht</b>
<b>14: Umsetzung meiner Therapieziele</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> <b>Sig. (2-seitig)</b> <b>Anzahl (N)</b>	-0,050 0,639 90
<b>17: Therapieangebot der Station</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> <b>Sig. (2-seitig)</b> <b>Anzahl (N)</b>	0,172 0,106 90
<b>24: Möglichkeit der Freizeitgestaltung</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> <b>Sig. (2-seitig)</b> <b>Anzahl (N)</b>	0,056 0,603 88
<b>26: Aufteilung und Ausstattung der Räumlichkeiten insgesamt</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> <b>Sig. (2-seitig)</b> <b>Anzahl (N)</b>	0,037 0,731 89
<b>27: Einrichtung und Ausstattung der Patientenzimmer</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> <b>Sig. (2-seitig)</b> <b>Anzahl (N)</b>	0,070 0,511 90
<b>29: Sanitäre Ausstattung der Station (Dusche/Toiletten)</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> <b>Sig. (2-seitig)</b> <b>Anzahl (N)</b>	-0,046 0,667 89
<b>31: Möglichkeit eine stationäre Psychotherapie zu machen</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> <b>Sig. (2-seitig)</b> <b>Anzahl (N)</b>	0,234* 0,026 90
<b>32: Therapie hat mir geholfen, eine bessere Selbsteinschätzung zu erlangen und meine Selbständigkeit und mein Selbstbewusstsein zu verbessern</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> <b>Sig. (2-seitig)</b> <b>Anzahl (N)</b>	0,126 0,235 90
<b>34: Wie geht es Ihnen jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt zur Aufnahme?</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> <b>Sig. (2-seitig)</b> <b>Anzahl (N)</b>	0,010 0,923 89

Tabelle A: Fortsetzung

		<b>Geschlecht</b>
<b>Mittelwert Gesamtskala</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	0,033
	<b>Sig. (2-seitig)</b>	0,755
	<b>Anzahl (N)</b>	90
<b>Mittelwert Subskala Arzt/Therapeut</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	0,028
	<b>Sig. (2-seitig)</b>	0,792
	<b>Anzahl (N)</b>	90
<b>Mittelwert Subskala Pflege</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	-0,035
	<b>Sig. (2-seitig)</b>	0,743
	<b>Anzahl (N)</b>	90
<b>Mittelwert Subskala Therapieziele und Freizeitgestaltung</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	0,024
	<b>Sig. (2-seitig)</b>	0,822
	<b>Anzahl (N)</b>	90
<b>Mittelwert Subskala Therapieziele</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	0,043
	<b>Sig. (2-seitig)</b>	0,686
	<b>Anzahl (N)</b>	90
<b>Mittelwert Subskala Ausstattung</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b>	0,010
	<b>Sig. (2-seitig)</b>	0,929
	<b>Anzahl (N)</b>	90

\* = Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (2-seitig).

Tabelle B: T-Test Einzelitems, Sub- und Gesamtskala mit Geschlecht; Gruppenstatistiken

Item-Abkürzung	Geschlecht	Anzahl (N)	MW	SD	SD des MW
<b>2:</b> Freundlichkeit Pflege während stationären Aufenthalt	weiblich	59	1,7458	0,88265	0,11491
	männlich	31	1,4839	0,67680	0,12156
<b>3:</b> Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals	weiblich	59	1,5932	0,67258	0,08756
	männlich	31	1,5161	0,62562	0,11236
<b>4:</b> Verständnis des Pflegepersonals für Situation, stets bei Problemen ansprechbar	weiblich	59	1,5932	0,67258	0,08756
	männlich	31	1,8065	0,79244	0,14233
<b>5:</b> Freundlichkeit und Offenheit der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	weiblich	59	1,5254	0,77362	0,10072
	männlich	31	1,7419	0,81518	0,14641
<b>6:</b> Hilfe und Unterstützung durch Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	weiblich	59	1,5763	0,64870	0,08445
	männlich	31	1,5484	0,67521	0,12127
<b>7:</b> Verständnis der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen für Situation und Vertrauen zu Ihnen	weiblich	59	1,6949	0,70109	0,09127
	männlich	30	1,6000	0,81368	0,14856
<b>8:</b> Eindruck, dass Probleme von Ärzten/Innen und Therapeuten/Innen ernst genommen wurden	weiblich	57	1,6667	0,76376	0,10116
	männlich	31	1,7742	0,88354	0,15869
<b>9:</b> Eindruck, dass Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen auf mich eingegangen sind und ich von Ihnen akzeptiert wurde	weiblich	59	1,5932	0,74553	0,09706
	männlich	31	1,6129	0,76059	0,13661
<b>10:</b> Zusammenarbeit und gegenseitiger Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	weiblich	59	1,6949	0,74866	0,09747
	männlich	31	1,6129	0,76059	0,13661
<b>11:</b> Einflussmöglichkeit auf eigene Therapie	weiblich	59	1,8644	0,65542	0,08533
	männlich	31	2,0323	0,79515	0,14281
<b>12:</b> Strukturierung meines eigenen Therapieplanes und meines Tagesablaufes	weiblich	59	2,0000	0,74278	0,09670
	männlich	31	2,0323	0,70635	0,12686
<b>14:</b> Umsetzung meiner Therapieziele	weiblich	59	1,9661	0,80870	0,10528
	männlich	31	1,9032	0,83086	0,14923
<b>17:</b> Therapieangebot der Station	weiblich	59	1,8814	0,61825	0,08049
	männlich	31	2,1290	0,76341	0,13711



Tabelle B: Fortsetzung

Item-Abkürzung	Geschlecht	Anzahl (N)	MW	SD	SD des MW
<b>24: Möglichkeit der Freizeitgestaltung</b>	weiblich	58	2,2414	0,77935	0,10233
	männlich	30	2,3333	0,80230	0,14648
<b>26: Aufteilung und Ausstattung der Räumlichkeiten insgesamt</b>	weiblich	58	2,0517	0,82552	0,10840
	männlich	31	2,0968	0,74632	0,13404
<b>27: Einrichtung und Ausstattung der Patientenzimmer</b>	weiblich	59	2,3390	0,82232	0,10706
	männlich	31	2,4516	0,67521	0,12127
<b>29: Sanitäre Ausstattung der Station (Dusche/Toiletten)</b>	weiblich	58	2,8621	0,94495	0,12408
	männlich	31	2,7742	0,88354	0,15869
<b>31: Möglichkeit eine stationäre Psychotherapie zu machen</b>	weiblich	59	1,0847	0,28089	0,03657
	männlich	31	1,2581	0,44480	0,07989
<b>32: Therapie hat mir geholfen, eine bessere Selbsteinschätzung zu erlangen und meine Selbstständigkeit und mein Selbstbewusstsein zu verbessern</b>	weiblich	59	1,4407	0,74905	0,09752
	männlich	31	1,5806	0,71992	0,12930
<b>34: Wie geht es Ihnen jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt zur Aufnahme?</b>	weiblich	58	1,3793	0,52407	0,06881
	männlich	31	1,4516	0,72290	0,12984
<b>Mittelwert Gesamtskala</b>	weiblich	59	1,7887	0,42510	0,05534
	männlich	31	1,8364	0,48238	0,08664
<b>Mittelwert Subskala Arzt/Therapeut</b>	weiblich	59	1,6136	0,61524	0,08010
	männlich	31	1,6532	0,67613	0,12144
<b>Mittelwert Subskala Pflege</b>	weiblich	59	1,6441	0,62473	0,08133
	männlich	31	1,6022	0,61716	0,11084
<b>Mittelwert Subskala Therapieziele und Freizeitgestaltung</b>	weiblich	59	1,9331	0,50203	0,06536
	männlich	31	2,0323	0,62843	0,11287
<b>Mittelwert Subskala Therapieziele</b>	weiblich	59	1,4675	0,47621	0,06200
	männlich	31	1,5484	0,57525	0,10332
<b>Mittelwert Subskala Ausstattung</b>	weiblich	59	2,4294	0,74484	0,09697
	männlich	31	2,4409	0,65765	0,11812

MW = Mittelwert

Tabelle C: T-Test bei unabhängigen Stichproben

Item-Abkürzung	Levene-Test der Varianzgleichheit			T-Test für die MW-gleichheit			
	F	Signifikanz		T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
<b>2: Freundlichkeit Pflege während stationären Aufenthalt</b>	2,149	0,146	Varianzen sind gleich	1,443	88	0,153	0,26189
			Varianzen sind nicht gleich	1,566	76,130	0,122	0,26189
<b>3: Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals</b>	0,376	0,541	Varianzen sind gleich	0,529	88	0,598	0,07709
			Varianzen sind nicht gleich	0,541	65,085	0,590	0,07709
<b>4: Verständnis des Pflegepersonals für Situation, stets bei Problemen ansprechbar</b>	0,069	0,793	Varianzen sind gleich	-1,343	88	0,183	-0,21323
			Varianzen sind nicht gleich	-1,276	53,075	0,207	-0,21323
<b>5: Freundlichkeit und Offenheit der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen</b>	0,015	0,904	Varianzen sind gleich	-1,239	88	0,219	-0,21651
			Varianzen sind nicht gleich	-1,218	58,352	0,228	-0,21651
<b>6: Hilfe und Unterstützung durch Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen</b>	0,064	0,800	Varianzen sind gleich	0,191	88	0,849	0,02788
			Varianzen sind nicht gleich	0,189	58,979	0,851	0,02788
<b>7: Verständnis der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen für Situation und Vertrauen zu Ihnen</b>	0,674	0,414	Varianzen sind gleich	0,572	87	0,569	0,09492
			Varianzen sind nicht gleich	0,544	51,367	0,589	0,09492
<b>8: Eindruck, dass Probleme von Ärzten/Innen und Therapeuten/Innen ernst genommen wurden</b>	0,696	0,406	Varianzen sind gleich	-0,597	86	0,522	-0,10753
			Varianzen sind nicht gleich	-0,571	54,515	0,570	-0,10753

Tabelle C: Fortsetzung

Item-Abkürzung	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die MW-gleichheit			
	F	Signifikanz		T	df	Sig. (2-seitig) Mittlere Differenz
<b>9:</b> Eindruck, dass Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen auf mich eingegangen sind und ich von Ihnen akzeptiert wurde	0,014	0,907	Varianzen sind gleich	-0,118	88	0,906 -0,01968
			Varianzen sind nicht gleich	-0,117	60,023	0,907 -0,01968
<b>10:</b> Zusammenarbeit und gegenseitiger Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzten/Innen und Therapeuten/Innen	0,202	0,655	Varianzen sind gleich	0,491	88	0,625 0,08201
			Varianzen sind nicht gleich	0,489	60,244	0,627 0,08201
<b>11:</b> Einflussmöglichkeit auf eigene Therapie	0,003	0,960	Varianzen sind gleich	-1,072	88	0,287 -0,16785
			Varianzen sind nicht gleich	-1,009	51,826	0,318 -0,16785
<b>12:</b> Strukturierung meines eigenen Therapieplanes und meines Tagesablaufes	0,221	0,640	Varianzen sind gleich	-0,199	88	0,843 -0,03226
			Varianzen sind nicht gleich	-0,202	63,842	0,840 -0,03226
<b>14:</b> Umsetzung meiner Therapieziele	0,003	0,957	Varianzen sind gleich	0,347	88	0,729 0,06288
			Varianzen sind nicht gleich	0,344	59,655	0,732 0,06288
<b>17:</b> Therapieangebot der Station	2,145	0,147	Varianzen sind gleich	-1,663	88	0,100 -0,24768
			Varianzen sind nicht gleich	-1,558	51,100	0,125 -0,24768
<b>24:</b> Möglichkeit der Freizeitgestaltung	0,159	0,691	Varianzen sind gleich	-0,519	86	0,605 -0,09195
			Varianzen sind nicht gleich	-0,515	57,275	0,609 -0,09195

Tabelle C: Fortsetzung

Item-Abkürzung	Levene-Test der Varianzgleichheit			T-Test für die MW-gleichheit			
	F	Signifikanz		T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
<b>26:</b> Aufteilung und Ausstattung der Räumlichkeiten insgesamt	0,416	0,521	Varianzen sind gleich	-0,253	87	0,801	-0,04505
			Varianzen sind nicht gleich	-0,261	66,989	0,795	-0,04505
<b>27:</b> Einrichtung und Ausstattung der Patientenzimmer	1,136	0,289	Varianzen sind gleich	-0,655	88	0,514	-0,11263
			Varianzen sind nicht gleich	-0,696	72,274	0,489	-0,11263
<b>29:</b> Sanitäre Ausstattung der Station (Dusche/ Toiletten)	0,027	0,871	Varianzen sind gleich	0,427	87	0,670	0,08788
			Varianzen sind nicht gleich	0,436	65,090	0,664	0,08788
<b>31:</b> Möglichkeit eine stationäre Psychotherapie zu machen	20,415	0,000	Varianzen sind gleich	-2,261	88	0,026	-0,17332
			Varianzen sind nicht gleich	-1,973	42,915	0,055	-0,17332
<b>32:</b> Therapie hat mir geholfen, eine bessere Selbsteinschätzung zu erlangen und meine Selbstständigkeit und mein Selbstbewusstsein zu verbessern	0,079	0,779	Varianzen sind gleich	-0,854	88	0,396	-0,13997
			Varianzen sind nicht gleich	-0,864	63,250	0,391	-0,13997
<b>34:</b> Wie geht es Ihnen jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt zur Aufnahme?	2,375	0,127	Varianzen sind gleich	-0,542	87	0,590	-0,07230
			Varianzen sind nicht gleich	-0,492	47,259	0,625	-0,07230

Tabelle C: Fortsetzung

Item- Abkürzung	Levene-Test der Varianzgleichheit			T-Test für die MW- gleichheit			
				T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
Mittelwert Gesamtskala	0,238	0,627	Varianzen sind gleich	-0,483	88	0,630	-0,04773
			Varianzen sind nicht gleich	-0,464	54,763	0,644	-0,04773
Mittelwert Subskala Arzt/ Therapeut	0,105	0,747	Varianzen sind gleich	-0,281	88	0,779	-0,03967
			Varianzen sind nicht gleich	-0,273	56,272	0,786	-0,03967
Mittelwert Subskala Pflege	0,034	0,853	Varianzen sind gleich	0,304	88	0,762	0,04192
			Varianzen sind nicht gleich	0,305	61,742	0,761	0,04192
Mittelwert Subskala Therapieziele und Freizeitge- staltung	1,533	0,219	Varianzen sind gleich	-0,816	88	0,417	-0,09921
			Varianzen sind nicht gleich	-0,761	50,552	0,450	-0,09921
Mittelwert Subskala Therapieziele	1,447	0,232	Varianzen sind gleich	-0,712	88	0,478	-0,08087
			Varianzen sind nicht gleich	-0,671	52,006	0,505	-0,08087
Mittelwert Subskala Ausstattung	0,147	0,702	Varianzen sind gleich	-0,072	88	0,943	-0,01148
			Varianzen sind nicht gleich	-0,075	68,073	0,940	-0,01148

Tabelle D: Korrelationen Einzelitems, Sub- und Gesamtskala mit Alter

		<b>Alter</b>
<b>Alter</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	1,000  90
<b>2: Freundlichkeit Pflege während stationären Aufenthalt</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,346** 0,001 90
<b>3: Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,232* 0,028 90
<b>4: Verständnis des Pflegepersonals für Situation, stets bei Problemen ansprechbar</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,234* 0,026 90
<b>5: Freundlichkeit und Offenheit der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,204 0,053 90
<b>6: Hilfe und Unterstützung durch Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,211* 0,046 90
<b>7: Verständnis der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen für Situation und Vertrauen zu Ihnen</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,191 0,072 89
<b>8: Eindruck, dass Probleme von Ärzten/Innen und Therapeuten/Innen ernst genommen wurden...</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,082 0,448 88
<b>9: Eindruck, dass Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen auf mich eingegangen sind und ich von Ihnen akzeptiert wurde</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,153 0,149 90
<b>10: Zusammenarbeit und gegenseitiger Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,117 0,272 90
<b>11: Einflussmöglichkeit auf eigene Therapie</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,016 0,878 90
<b>12: Strukturierung meines eigenen Therapieplanes und meines Tagesablaufes</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,143 0,178 90

Tabelle D: Fortsetzung

		<b>Alter</b>
<b>14: Umsetzung meiner Therapieziele</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,067 0,531 90
<b>17: Therapieangebot der Station</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,135 0,204 90
<b>24: Möglichkeit der Freizeitgestaltung</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,139 0,195 88
<b>26: Aufteilung und Ausstattung der Räumlichkeiten insgesamt</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,088 0,411 89
<b>27: Einrichtung und Ausstattung der Patientenzimmer</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,018 0,869 90
<b>29: Sanitäre Ausstattung der Station (Dusche/Toiletten)</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,015 0,892 89
<b>31: Möglichkeit eine stationäre Psychotherapie zu machen</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,118 0,267 90
<b>32: Therapie hat mir geholfen, eine bessere Selbsteinschätzung zu erlangen und meine Selbständigkeit und mein Selbstbewusstsein zu verbessern</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,141 0,184 90
<b>34: Wie geht es Ihnen jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt zur Aufnahme?</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,204 0,055 89

Tabelle D: Fortsetzung

		<b>Alter</b>
<b>Mittelwert Gesamtskala</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,149 0,161 90
<b>Mittelwert Subskala Arzt/ Therapeut</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,203 0,055 90
<b>Mittelwert Subskala Pflege</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,339** 0,001 90
<b>Mittelwert Subskala Therapieziele und Freizeitgestaltung</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,159 0,134 90
<b>Mittelwert Subskala Therapieziele</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,141 0,185 90
<b>Mittelwert Subskala Ausstattung</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,008 0,937 90

\*\* = Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (2-seitig).

\* = Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (2-seitig).



Tabelle E: Korrelationen Einzelitems, Sub- und Gesamtskala mit Dauer des Aufenthaltes

		<b>Dauer des stationären Aufenthaltes</b>
<b>Dauer des stationären Aufenthaltes</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	1,000  88
<b>2: Freundlichkeit Pflege während stationären Aufenthalt</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,165 0,124 88
<b>3: Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,248* 0,020 88
<b>4: Verständnis des Pflegepersonals für Situation, stets bei Problemen ansprechbar</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,067 0,534 88
<b>5: Freundlichkeit und Offenheit der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,033 0,760 88
<b>6: Hilfe und Unterstützung durch Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,020 0,851 88
<b>7: Verständnis der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen für Situation und Vertrauen zu Ihnen</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,037 0,737 87
<b>8: Eindruck, dass Probleme von Ärzten/Innen und Therapeuten/Innen ernst genommen wurden...</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,051 0,638 86
<b>9: Eindruck, dass Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen auf mich eingegangen sind und ich von Ihnen akzeptiert wurde</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,098 0,366 88
<b>10: Zusammenarbeit und gegenseitiger Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,047 0,665 88
<b>11: Einflussmöglichkeit auf eigene Therapie</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,053 0,622 88
<b>12: Strukturierung meines eigenen Therapieplanes und meines Tagesablaufes</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,108 0,315 88

Tabelle E: Fortsetzung

		<b>Dauer des stationären Aufenthaltes</b>
<b>14: Umsetzung meiner Therapieziele</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,092 0,395 88
<b>17: Therapieangebot der Station</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,028 0,799 88
<b>24: Möglichkeit der Freizeitgestaltung</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,035 0,750 86
<b>26: Aufteilung und Ausstattung der Räumlichkeiten insgesamt</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,111 0,306 87
<b>27: Einrichtung und Ausstattung der Patientenzimmer</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,085 0,433 88
<b>29: Sanitäre Ausstattung der Station (Dusche/Toiletten)</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,224* 0,037 87
<b>31: Möglichkeit eine stationäre Psychotherapie zu machen</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,124 0,248 88
<b>32: Therapie hat mir geholfen, eine bessere Selbsteinschätzung zu erlangen und meine Selbständigkeit und mein Selbstbewusstsein zu verbessern</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,078 0,473 88
<b>34: Wie geht es Ihnen jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt zur Aufnahme?</b>	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,033 0,759 87

Tabelle E: Fortsetzung

		<b>Dauer des stationären Aufenthaltes</b>
<b>Mittelwert Gesamtskala</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,122 0,256 88
<b>Mittelwert Subskala Arzt/Therapeut</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,014 0,893 88
<b>Mittelwert Subskala Pflege</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,206 0,054 88
<b>Mittelwert Subskala Therapieziele und Freizeitgestaltung</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	-0,053 0,625 88
<b>Mittelwert Subskala Therapieziele</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,065 0,545 88
<b>Mittelwert Subskala Ausstattung</b>	<b>Korrelationskoeffizient</b> Sig. (2-seitig) Anzahl (N)	0,182 0,089 88

\* = Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (2-seitig).

## D: Zufriedenheit der Patienten in Marburg und Mainkofen auf Itemebene

**Tabelle F:** T-Test bei unabhängigen Stichproben, Mittelwertvergleich zwischen Marburg und Mainkofen hinsichtlich der Zufriedenheit

Item-Abkürzung	Station	Anzahl (N)	MW	SD	SD des MW
<b>2:</b> Freundlichkeit Pflege während stationären Aufenthalt	Station 4A Marburg	34	2,1765	0,90355	0,15496
	Station B11 Mainkofen	59	1,4068	0,64644	0,08416
<b>3:</b> Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals	Station 4A Marburg	34	1,8824	0,68599	0,11765
	Station B11 Mainkofen	59	1,4068	0,56075	0,07300
<b>4:</b> Verständnis des Pflegepersonals für Situation, stets bei Problemen ansprechbar	Station 4A Marburg	34	2,0588	0,85071	0,14590
	Station B11 Mainkofen	59	1,4576	0,53569	0,06974
<b>5:</b> Freundlichkeit und Offenheit der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	Station 4A Marburg	34	1,8235	0,93649	0,16061
	Station B11 Mainkofen	59	1,5085	0,67907	0,08841
<b>6:</b> Hilfe und Unterstützung durch Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	Station 4A Marburg	34	1,6765	0,72699	0,12468
	Station B11 Mainkofen	59	1,5254	0,59758	0,07780
<b>7:</b> Verständnis der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen für Situation und Vertrauen zu Ihnen	Station 4A Marburg	33	1,7576	0,83030	0,14454
	Station B11 Mainkofen	59	1,6271	0,66691	0,08682
<b>8:</b> Eindruck, dass Probleme von Ärzten/Innen und Therapeuten/Innen ernst genommen wurden	Station 4A Marburg	34	1,8529	0,85749	0,14706
	Station B11 Mainkofen	57	1,6316	0,74718	0,09897
<b>9:</b> Eindruck, dass Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen auf mich eingegangen sind und ich von Ihnen akzeptiert wurde	Station 4A Marburg	34	1,7059	0,79884	0,13700
	Station B11 Mainkofen	59	1,5593	0,72567	0,09447
<b>10:</b> Zusammenarbeit und gegenseitiger Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen	Station 4A Marburg	34	1,9706	0,90404	0,15504
	Station B11 Mainkofen	59	1,5085	0,59807	0,07786
<b>11:</b> Einflussmöglichkeit auf eigene Therapie	Station 4A Marburg	34	2,1176	0,72883	0,12499
	Station B11 Mainkofen	59	1,7966	0,66384	0,08642
<b>12:</b> Strukturierung meines eigenen Therapieplanes und meines Tagesablaufes	Station 4A Marburg	34	2,3235	0,84282	0,14454
	Station B11 Mainkofen	59	1,8305	0,56179	0,07314
<b>14:</b> Umsetzung meiner Therapieziele	Station 4A Marburg	34	1,9706	0,79717	0,13671
	Station B11 Mainkofen	59	1,9492	0,81840	0,10655

Tabelle F: Fortsetzung

Item-Abkürzung	Station	Anzahl (N)	MW	SD	SD des MW
<b>17: Therapieangebot der Station</b>	weiblich	59	1,8814	0,61825	0,08049
	männlich	31	2,1290	0,76341	0,13711
<b>24: Möglichkeit der Freizeitgestaltung</b>	Station 4A Marburg	34	2,4118	0,89163	0,15291
	Station B11Mainkofen	57	2,1754	0,71020	0,09407
<b>26: Aufteilung und Ausstattung der Räumlichkeiten insgesamt</b>	Station 4A Marburg	33	2,1515	0,83371	0,14513
	Station B11Mainkofen	59	2,0169	0,77663	0,10111
<b>27: Einrichtung und Ausstattung der Patientenzimmer</b>	Station 4A Marburg	34	2,3529	0,91725	0,15731
	Station B11Mainkofen	59	2,4068	0,72203	0,09400
<b>29: Sanitäre Ausstattung der Station (Dusche/Toiletten)</b>	Station 4A Marburg	33	3,1515	0,79535	0,13845
	Station B11Mainkofen	59	2,6610	0,92121	0,11993
<b>31: Möglichkeit eine stationäre Psychotherapie zu machen</b>	Station 4A Marburg	34	1,2059	0,41043	0,07039
	Station B11Mainkofen	59	1,1186	0,32614	0,04246
<b>32: Therapie hat mir geholfen, eine bessere Selbsteinschätzung zu erlangen und meine Selbstständigkeit und mein Selbstbewusstsein zu verbessern</b>	Station 4A Marburg	34	1,6176	0,77907	0,13361
	Station B11Mainkofen	59	1,3898	0,69523	0,09051
<b>34: Wie geht es Ihnen jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt zur Aufnahme?</b>	Station 4A Marburg	33	1,5152	0,66714	0,11613
	Station B11Mainkofen	59	1,3729	0,55393	0,07212
<b>Mittelwert Gesamtskala</b>	Station 4A Marburg	34	1,9883	0,54031	0,09266
	Station B11Mainkofen	59	1,7103	0,33344	0,04341
<b>Mittelwert Subskala Arzt/Therapeut</b>	Station 4A Marburg	34	1,7603	0,74851	0,12837
	Station B11Mainkofen	59	1,5729	0,54459	0,07090
<b>Mittelwert Subskala Pflege</b>	Station 4A Marburg	34	2,0392	0,69517	0,11922
	Station B11Mainkofen	59	1,4237	0,43695	0,05689
<b>Mittelwert Subskala Therapieziele und Freizeitgestaltung</b>	Station 4A Marburg	34	2,1824	0,63124	0,10826
	Station B11Mainkofen	59	1,8347	0,44005	0,05729
<b>Mittelwert Subskala Therapieziele</b>	Station 4A Marburg	34	1,5760	0,53354	0,09150
	Station B11Mainkofen	59	1,4576	0,48502	0,06314
<b>Mittelwert Subskala Ausstattung</b>	Station 4A Marburg	34	2,5686	0,77971	0,13372
	Station B11Mainkofen	59	2,3616	0,66173	0,08615

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Tabelle G : T-Test bei unabhängigen Stichproben

Item-Abkürzung	Levene-Test der Varianzgleichheit			T-Test für die MW-gleichheit			
	F	Signifikanz		T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
<b>2: Freundlichkeit Pflege während stationären Aufenthalt</b>	2,566	0,113	Varianzen sind gleich	4,767	91	0,000	0,76969
			Varianzen sind nicht gleich	4,365	52,729	0,000	0,76969
<b>3: Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals</b>	0,017	0,898	Varianzen sind gleich	3,626	91	0,000	0,47557
			Varianzen sind nicht gleich	3,435	58,381	0,001	0,47557
<b>4: Verständnis des Pflegepersonals für Situation, stets bei Problemen ansprechbar</b>	4,818	0,031	Varianzen sind gleich	4,184	91	0,000	0,60120
			Varianzen sind nicht gleich	3,718	48,367	0,001	0,60120
<b>5: Freundlichkeit und Offenheit der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen</b>	4,202	0,043	Varianzen sind gleich	1,870	91	0,065	0,31505
			Varianzen sind nicht gleich	1,719	53,247	0,092	0,31505
<b>6: Hilfe und Unterstützung durch Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen</b>	2,197	0,142	Varianzen sind gleich	1,083	91	0,281	0,15105
			Varianzen sind nicht gleich	1,028	58,643	0,308	0,15105
<b>7: Verständnis der Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen für Situation und Vertrauen zu Ihnen</b>	1,473	0,228	Varianzen sind gleich	0,823	90	0,413	0,13046
			Varianzen sind nicht gleich	0,774	55,289	0,442	0,13046
<b>8: Eindruck, dass Probleme von Ärzten/Innen und Therapeuten/Innen ernst genommen wurden</b>	0,198	0,658	Varianzen sind gleich	1,293	89	0,199	0,22136
			Varianzen sind nicht gleich	1,249	62,147	0,216	0,22136

Tabelle G: Fortsetzung

Item-Abkürzung	Levene-Test der Varianzgleichheit			T-Test für die MW-gleichheit			
	F	Signifikanz		T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
<b>9:</b> Eindruck, dass Ärzte/Innen und Therapeuten/Innen auf mich eingegangen sind und ich von Ihnen akzeptiert wurde	0,726	0,396	Varianzen sind gleich	0,904	91	0,368	0,14656
			Varianzen sind nicht gleich	0,881	63,657	0,382	0,14656
<b>10:</b> Zusammenarbeit und gegenseitiger Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzten/Innen und Therapeuten/Innen	0,039	0,843	Varianzen sind gleich	2,964	91	0,004	0,46211
			Varianzen sind nicht gleich	2,664	49,937	0,010	0,46211
<b>11:</b> Einflussmöglichkeit auf eigene Therapie	0,018	0,894	Varianzen sind gleich	2,167	91	0,033	0,32104
			Varianzen sind nicht gleich	2,113	63,799	0,039	0,32104
<b>12:</b> Strukturierung meines eigenen Therapieplanes und meines Tagesablaufes	4,964	0,028	Varianzen sind gleich	3,381	91	0,001	0,49302
			Varianzen sind nicht gleich	3,043	50,190	0,004	0,49302
<b>14:</b> Umsetzung meiner Therapieziele	0,005	0,946	Varianzen sind gleich	0,123	91	0,903	0,02144
			Varianzen sind nicht gleich	0,124	70,470	0,902	0,02144
<b>17:</b> Therapieangebot der Station	2,083	0,152	Varianzen sind gleich	1,537	91	0,128	0,22383
			Varianzen sind nicht gleich	1,591	76,348	0,116	0,22383
<b>24:</b> Möglichkeit der Freizeitgestaltung	4,260	0,042	Varianzen sind gleich	1,394	89	0,167	0,23633
			Varianzen sind nicht gleich	1,316	57,823	0,193	0,23633

Tabelle G: Fortsetzung

Item-Abkürzung	Levene-Test der Varianzgleichheit			T-Test für die MW-gleichheit			
	F	Signifikanz		T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
<b>26:</b> Aufteilung und Ausstattung der Räumlichkeiten insgesamt	0,520	0,473	Varianzen sind gleich	0,776	90	0,440	0,13457
			Varianzen sind nicht gleich	0,761	62,480	0,450	0,13457
<b>27:</b> Einrichtung und Ausstattung der Patientenzimmer	2,868	0,094	Varianzen sind gleich	-0,313	91	0,755	-0,05384
			Varianzen sind nicht gleich	-0,294	56,664	0,770	-0,05384
<b>29:</b> Sanitäre Ausstattung der Station (Dusche/ Toiletten)	1,317	0,254	Varianzen sind gleich	2,568	90	0,012	0,49050
			Varianzen sind nicht gleich	2,678	74,803	0,009	0,49050
<b>31:</b> Möglichkeit eine stationäre Psychotherapie zu machen	4,946	0,029	Varianzen sind gleich	1,129	91	0,262	0,08724
			Varianzen sind nicht gleich	1,061	57,086	0,293	0,08724
<b>32:</b> Therapie hat mir geholfen, eine bessere Selbsteinschätzung zu erlangen und meine Selbstständigkeit und mein Selbstbewusstsein zu verbessern	2,625	0,109	Varianzen sind gleich	1,456	91	0,149	0,22782
			Varianzen sind nicht gleich	1,412	62,772	0,163	0,22782
<b>34:</b> Wie geht es Ihnen jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt zur Aufnahme?	1,247	0,267	Varianzen sind gleich	1,097	90	0,276	0,14227
			Varianzen sind nicht gleich	1,041	56,779	0,302	0,14227



Tabelle G: Fortsetzung

Item- Abkürzung	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test	für	die	MW-gleichheit
	F	Signifikanz				
Mittelwert Gesamtskala	8,742	0,004	Varianzen sind gleich	3,072	91	0,003
			Varianzen sind nicht gleich	2,717	47,766	0,009
Mittelwert Subskala Arzt/ Therapeut	4,311	0,041	Varianzen sind gleich	1,390	91	0,168
			Varianzen sind nicht gleich	1,278	53,378	0,207
Mittelwert Subskala Pflege	10,103	0,002	Varianzen sind gleich	5,246	91	0,000
			Varianzen sind nicht gleich	4,659	48,312	0,000
Mittelwert Subskala Therapieziele und Freizeitge- staltung	2,177	0,144	Varianzen sind gleich	3,119	91	0,002
			Varianzen sind nicht gleich	2,838	51,762	0,006
Mittelwert Subskala Therapieziele	1,029	0,313	Varianzen sind gleich	1,092	91	0,278
			Varianzen sind nicht gleich	1,065	63,696	0,291
Mittelwert Subskala Ausstattung	1,629	0,205	Varianzen sind gleich	1,360	91	0,177
			Varianzen sind nicht gleich	1,302	60,181	0,198

MW = Mittelwert

**Verzeichnis der akademischen Lehrer**

Meine akademischen Lehrer an der Philipps-Universität waren die Herren und Damen:

**In Marburg:**

Arnold, Aumüller, Bach, Basler, Baum, Barth, Becker, Bertalanffy, Christ, Christiansen, Czubayko, Daut, Eilers, Engenhart-Cabillic, Feuser, Fuchs, Folz, Geus, Görg, Gotzen, Grzeschik, Grimm, Griss, Gudermann, Hasilik, Happle, Hellinger, Hertl, Hesse, Hinrichs, Hofmann, Hoyer, Jungelas, Kann, Kern, Klaus, Klenk, Klose, Koolman, Köhler, Kretschmer, Krieg, Kroll, Kuhlmann, Lang, Lammel, Lill, Löffler, Lorenz, Maier, Maisch, Moll, Moosdorf, Müller, Mutters, Neubauer, Oertel, Remschmidt, Renz, Röhm, Rothmund, Schäfer, Schmidt, Schnabel, Schneider, Seitz, Seyberth, Suske, Vogelmeier, Wagner, Weihe, Werner, Westermann, Wilke, Wulf, Zielke

**In Bordeaux, Frankreich:**

Aladjidi, Perel

**In Langenthal, Schweiz:**

Hänni, Wetz, Würbel

**In Kassel:**

Neuzner, Pausch

## **Danksagung**

Mein Dank gilt an erster Stelle meiner wissenschaftlichen Betreuerin Frau Dr. med. Beate Dick für die Inspiration und die höfliche aber bestimmte Art, meine Dissertation voranzutreiben. Sie nahm sich immer Zeit mir mit konstruktiven Ratschlägen und kritischen Anregungen zur Seite zu stehen. Vielen Dank hierfür!

Des Weiteren möchte ich Herrn Prof. Dr. med. Jürgen-Christian Krieg, ehemals Leiter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Philipps-Universität Marburg, und Herrn Prof. Dr. med. Wolfgang Schreiber, Chefarzt des Bezirksklinikums Mainkofens, für die Überlassung des Themas sowie die kritische Durchsicht der Arbeit danken.

Danken möchte ich Herrn Priv. Doz. Dr. rer. physiol. Helmut Sitter, stellvertretender Direktor des Instituts für Theoretische Chirurgie der Universität Marburg, Herrn Dipl.-Psych. Thomas Schneyer, Psychotherapeut der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Marburg sowie Dipl. soz. Judith Luckmann für ihre Unterstützung bei der statistischen Auswertung meiner Arbeit.

Ebenfalls möchte ich Frau Thierbach und allen anderen Mitarbeitern der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Marburg, den Mitarbeitern der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Bezirksklinikums Mainkofen sowie allen Studienteilnehmern für die freundliche Zusammenarbeit und die Unterstützung bei der Durchführung der Befragung danken.

Abschließend möchte ich meinen beiden Familien, ganz besonders meinem Vater und meinem Bruder sowie meinen Freunden für ihre Begleitung vor während und nach der Zeit meines Medizinstudiums danken.

Ein besonderer Dank geht an meinen Ehemann Oliver und an meine Tochter Charlotte, ohne deren Verständnis, Geduld und Stärke ich die Fertigstellung dieser Arbeit nicht geschafft bzw. für möglich gehalten hätte.